

Septembre 1885. — N° 4.

AVIS. — A partir de janvier 1886, les ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX paraîtront tous les mois.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

I

DE L'INFLUENCE DE LA MÉNOPAUSE SUR LES
MALADIES DE L'OREILLE,

Par le Dr E. MÉNIÈRE.

(Suite et fin.)

2^e *Maladies de l'oreille causées par la ménopause.*

La seconde partie de cette étude est plus difficile à exposer. Il est de toute nécessité de produire des faits cliniques aussi démonstratifs que possible, car les causes d'erreur sont nombreuses. Est-il besoin d'indiquer qu'une femme en pleine ménopause peut, sous l'influence d'un refroidissement, etc., être atteinte d'une maladie d'oreille, sans que l'âge critique ait exercé son action? Mais il faut ajouter que cet âge critique met les femmes dans un état de prédisposition maladive qui facilite singulièrement les affections de l'appareil auditif.

FEUILLETON.

LES CONCOURS DE CHANT, D'OPÉRA ET D'OPÉRA-COMIQUE DU CONSERVATOIRE.

La voix de baryton est d'invention récente et française : cependant elle n'en vaut guère mieux pour cela. Par exemple, elle est d'une commodité surprenante : « Êtes-vous ténor? — Non, — je ne possède pas de notes hautes. — Alors vous êtes une basse? — Non pas, ma voix n'existe pas dans le grave. —

En dehors des cas où il peut y avoir doute, il en existe d'autres très caractérisés, où la ménopause paraît être la seule et unique cause des maladies d'oreille observées.

De ces maladies, les unes sont franchement aiguës, et se comportent comme d'habitude ; les autres prennent d'emblée le type chronique, et ce sont celles qui sont les plus difficiles à modifier.

On voit, dans ces cas, toute l'influence exercée par un état général profondément trouble. Les femmes, à leur âge critique, subissent une véritable crise ; quelques-unes doublent ce cap sans inconvénients sérieux, mais beaucoup payent un large tribut aux maladies, et certainement les affections graves qui amènent la mort plus ou moins tardivement, ont souvent leur point de départ très marqué par le début de la ménopause.

Les maladies de l'oreille n'ont point une issue aussi fatale, mais elles peuvent compromettre à tout jamais le sens de l'audition.

J'ai choisi, parmi mes nombreuses observations, celles qui me paraissent les plus précises.

A. *Oreille externe.*

Les poussées furonculeuses sont fréquentes au moment de l'âge critique. J'ai relevé 23 cas.

Obs. XIV. — Oite furonculeuse.

Femme de 47 ans, arthritique, de santé habituelle médiocre.

« Alors vous n'avez pas de voix ! — Pardon, je suis baryton. » C'est d'une simplicité rare.

En saine musique, telle que la comprenait Glück, qui n'était point un imbécile, bien qu'il ait écrit des trios et des ensembles — chose absurde, au dire de Wagner, puisque, dans le monde, les gens comme il faut ne parlent pas tous en même temps — en saine musique, j'estime qu'il n'y a pas de place entre la voix de basse et celle de ténor, de même qu'en bonne architecture le premier vient immédiatement au-dessus du rez-de-chaussée. Le baryton est l'entresol du ténor, rien de plus, entresol que cette voix presque toujours sombrée, étroite, qui manque de

En pleine ménopause depuis 3 mois. Les furoncles se sont montrés dès que les règles ont commencé à se modifier. Il en a été compté 19 dans les deux oreilles. Ils ont disparu pour envahir ensuite le tour de la taille. Une nouvelle poussée s'est faite dans les conduits auditifs externes. Cette affection fut traitée par le coaltar saponiné et la glycérine phéniquée.

Chez les arthritiques et les herpétiques, l'eczéma se voit fréquemment au moment de la ménopause, alors qu'il n'avait jamais été observé avant. La maladie n'est survenue, dans l'oreille externe et sur les pavillons, que dans l'âge critique.

Obs. XV. — *Eczéma des deux conduits auditifs externes.*

Femme de 48 ans, arthritique, rhumatisante, d'un embonpoint assez considérable et d'une très bonne santé habituelle. La perturbation des fonctions utérines remonte à quatre mois. Un mois après le début, il survint une forte poussée d'eczéma dans les deux oreilles externes et un peu sur les pavillons. Il y eut des périodes de rémission et d'exacerbation.

Vers le sixième mois, il se forma un petit abcès de la grosseur d'une noisette, sous le tragus.

La collection purulente fut évacuée par incision. A partir de ce moment l'eczéma diminua, et, cinq mois après, la disparition était complète. La malade a été revue trois ans après, en bon état.

L'observation suivante, du même genre, présente cepen-

hauteur et se paye moins cher, entresol que cette voix qui s'étend du *sol₁* au *sol₃*.

On dira cependant que la voix de baryton sert à lier, à émulsionner les voix de ténor et de basse qui seules se mélangent mal ; mais ce n'est là qu'une fonction des plus modestes qu'il n'y a point à vanter, tout au plus le rôle du jaune d'œuf dans un lavement huileux.

Le jour où M. Faure a gagné assez d'argent pour se payer la fantaisie coûteuse de s'improviser expert en tableaux, ç'a été comme une révélation ; on eût dit qu'il n'y allait plus avoir de ténors ni de basses, rien que des barytons hauts, moyens, bas

dant quelques particularités intéressantes au point de vue général.

OBS. XVI. — *Eczéma des deux oreilles.*

Femme de 53 ans, sans antécédents diathésiques connus; superbe santé, n'ayant jamais eu la moindre maladie. La ménopause survient, un eczéma attaque les deux oreilles en même temps. Traitement général et local approprié; atténuation relativement assez rapide. Deux mois après, les deux oreilles étaient presque guéries, lorsque l'eczéma parut aux deux mains, occupant les espaces interdigitaux. Il dura plus de deux ans, avec des rémissions et des exacerbations.

A la suite d'autres troubles survenus dans la santé, je fis examiner les urines; on trouva 32 grammes de sucre. La malade est morte d'une complication du diabète, à 59 ans.

Ces faits sont précis et mes autres observations d'eczéma sont toutes aussi nettes. C'est bien la ménopause qui est manifestement le point de départ de ces poussées, qui ayant, n'avaient jamais été vues par les malades.

B. *Oreille moyenne; tympan.*

Je veux de suite dire un mot des hémorragies supplémentaires qui peuvent se faire jour par l'oreille externe. Dans la première partie de ce travail, j'ai cité des cas observés par moi; il existait un état morbide antérieur, perforation du tympan, végétations, fongosités ou polypes de la caisse. Mais, pour ma part, il ne m'a pas été donné de voir ces hémorragies avec intégrité de la membrane tympanique. Il me

et autres; ce fut une épidémie qui commença à l'Opéra, s'étendit au Conservatoire, puis gagna les zones inférieures du théâtre: dans l'opérette même, le baryton devint l'amoureux, laissant au ténor le rôle du mari ridicule; et l'on vit aux Variétés Barou répudier son légendaire organe de ténor pour se proclamer baryton Martin.

Cependant le mal s'atténue et tend à disparaître: un symplôme rassurant et qui ne trompe point, c'a été de voir qu'au dernier concours de chant (hommes) du Conservatoire, sur vingt et un concurrents, neuf avouaient la profession de ténor. Presque tous ont été primés, et cela seul suffit pour faire pardonner au

paraît difficile d'admettre que le flux sanguin supplémentaire ait lieu en dehors des conditions signalées plus haut.

Les affections du tympan ou de l'oreille moyenne sont fréquentes pendant l'âge critique. Plusieurs malades sont venues me demander conseil pour des douleurs assez vives siégeant au fond de l'oreille et s'irradiant parfois autour de la région auriculaire. Un examen attentif faisait voir un tympan plus ou moins rouge, comme strié par les arborisations vasculaires, très manifestes surtout lorsqu'on emploie le spéculum de Hirton, dont l'oculaire donne un grossissement assez fort.

En plusieurs circonstances, je diagnostiquais, au début, une myringite aiguë et une inflammation de la caisse. Mais, sous l'influence de quelques bains calmants, tout rentrait dans l'ordre.

La trompe était généralement libre et la caisse seulement un peu engouée. J'avais affaire à une simple irritation congestive localisée dans la caisse et surtout sur la face interne du tympan.

Cet état morbide peut se rencontrer en dehors de l'âge critique, c'est de toute évidence; mais on ne peut nier l'influence de la ménopause, lorsque les poussées inflammatoires disparaissent pour reparaître ensuite à des intervalles variables, quelquefois assez peu éloignés, et cela pendant tout le temps que dure l'âge critique. J'ai réuni 6 cas de ce genre.

jury les bizarreries (soyons poli) de son verdict dans le concours de chant (femmes).

M. Due — qui a remporté le premier prix de chant et le premier prix d'opéra — figure en tête de cette pléiade de jeunes ténors ; ceux qui lui reprochent de manquer de style applaudissent sans doute à l'Opéra certain ténor qui se contente d'indiquer les notes élevées de son rôle par un geste gracieux, et peut-être même applaudiront demain M. Gandubert. Mais je demande quelle personne de l'auditoire du 30 juillet ne s'est pas laissé emballer quand il a lancé son *ut dièze* des « Palms du martyre » ? Avec quelle crânerie il a mis dans sa poche ses

Obs. XVII. — *Myringite superficielle double.*

Femme de 52 ans, très forte, adipeuse, tempérament sanguin ; sous l'influence de la ménopause depuis trois mois ; n'a jamais eu la moindre maladie d'oreille. Cette malade vient chez moi le jour même où elle a senti, dans le fond des deux conduits, une douleur sourde, intermittente. L'examen otoscopique révèle deux tympans rougeâtres, striés par les arborisations vasculaires ; cet état inflammatoire se montre à la deuxième époque manquante de ses règles. Il s'y joint de la névralgie de voisinage, frontale et pariétale ; les trompes et les caisses sont légèrement engouées.

Bains d'oreilles chauds avec eau de tilleul et laudanum, quatre fois par jour, pendant quinze minutes. Sulfate de quinine. Purgatifs. Les douleurs diminuent, puis disparaissent ; au bout de quatre jours, tout était fini ; les deux tympans restaient un peu grisâtres.

Deux mois après, nouvelle poussée, un peu moins forte peut-être, mais dont la marche, la durée et la terminaison ont été les mêmes.

Trois mois plus tard, mêmes phénomènes, se terminant de la même manière.

On ne peut, vraiment, attribuer cet état morbide à un simple refroidissement de coïncidence.

L'observation suivante a trait à une excroissance de nature épidermique survenue dans des conditions anormales.

deux partenaires, même M. Balleroy, un baryton ! Il est difficile de calculer exactement l'intensité de la voix de M. Duc dans cette bonbonnière du Conservatoire, si sonore que la moindre mouche y fait un bruit d'avalanche ; mais j'ai remarqué qu'il ne se force point, et qu'il ne crie pas, ce qui est indispensable à un ténor qui veut durer longtemps ; car, lorsqu'on commence à rougir au *la*, on sue au *si* et on claque à l'*ut* ; c'est le cas de M. Gibert, dont je dirai deux mots plus loin. — La voix de M. Duc rappelle celle de Talazac. Elle est d'une pureté absolue, éclatante et cuivrée dans le haut, bien timbrée dans le médium, se développant pleine et homogène ; pas de trou, rien de criard.

Obs. XVIII. — *Excroissance épidermique de l'oreille gauche.*

Femme de 49 ans, bien portante, sans diathèses connues ou visibles; a eu à 17 ans une scarlatine grave avec otite moyenne suppurée à gauche, dont la guérison ne fut obtenue qu'après dix mois de traitement. Cette malade, arrivée à l'âge critique depuis trois mois, vient me demander conseil pour des démangeaisons qu'elle ressent au fond de l'oreille gauche depuis trois semaines environ.

L'examen otoscopique permet de voir nettement la perforation ancienne, dont les bords sont nettement tranchés, et le fond de la caisse. Il n'existe ni écoulement, ni suintement; mais on aperçoit, à la partie antéro-postérieure du conduit, tout près du cercle tympanal, une excroissance grise en forme de grappe, légèrement humide et un peu mobile quand je la touche avec la pointe d'un stylet. Cette espèce de végétation, assez sensible, ressemble à un poïs un peu allongé.

Je tiens à spécifier que la malade ne se plaignait d'aucun malaise dans le conduit auditif jusqu'à l'époque où elle sentit quelques démangeaisons; j'ajouterai que ce n'était point un retour de l'otorrhée ancienne. La caisse, visible à travers la large perforation, est congestionnée, mais assez faiblement.

Sans m'occuper, à tort, de la nature de cette néoplasie, je la touchai tous les jours, pendant une semaine, avec de la teinture d'iode pure. La masse cellulaire prit un aspect noirâtre, se dessécha, et, au bout de trois semaines, je fis un grattage avec une curette et je continuai l'emploi de la teinture d'iode. Les démangeaisons disparurent et l'oreille reprit son état normal. Je considérais la guérison comme certaine, lorsque quatre mois

C'est le *Sigurd*, le *Rhadamès*, le *Prophète* rêvés; mais je ne sais point si jamais la voix s'assouplira assez pour qu'elle puisse paraître dans *Faust* ou la *Favorite*. En somme, quoi qu'il fasse, M. Duc est maintenant un de nos grands ténors modernes à placer entre les Talazac et les Escalaïs.

Et je suis content d'avoir dit beaucoup de bien de M. Duc, car cela me permettra de penser un peu de mal des autres.

M. Gandubert — premier prix de chant, second prix d'opéra-comique, prix de gentillesse, etc. — est tout le contraire d'un ventriloque. Un ventriloque parle, chante, crie sans que nu s'aperçoive d'où vient la voix. M. Gandubert est bien plus fort

après, la malade revint me trouver pour de nouvelles déman-geaisons dans la même oreille, remontant à quinze jours environ. Rien n'était changé dans l'état de l'oreille moyenne, mais je découvris une nouvelle excroissance, située cette fois en avant et en haut. C'était la répétition de ce qu'il m'avait été donné d'observer au début.

Le même traitement fut employé, mais le résultat fut plus incertain pendant longtemps. Je me servis de caustiques plus forts, le chlorure de zinc saturé, sans pouvoir obtenir la disparition de cette végétation. (A cette époque on se servait peu du galvano-cautère, qui est d'une grande utilité dans des cas semblables.) La malade habitait les environs de Paris, et restait quelquefois huit ou dix jours sans se faire soigner.

Enfin, à force de patience et de ténacité, j'arrivai à la destruction de cette végétation bizarre. La repullulation ne se fit pas.

Sans se lancer dans des déductions exagérées, on ne peut que constater cependant que c'est sous l'influence de la ménopause que sont survenus les troubles trophiques amenant à deux reprises l'apparition de végétations épidermiques (?) n'existant pas avant l'âge critique, et disparaissant après.

Je rapprocherai de ce cas une observation intéressante de deux kystes du conduit auditif externe.

OBS. XIX. — Deux kystes dermiques du conduit auditif gauche.

Femme de 49 ans, lymphatique, n'ayant jamais eu aucune maladie d'oreille. Le début de la ménopause remonte à cinq

à l'aide des plus ingénieux mouvements des bras, de la bouche et des yeux, il arrive à faire croire qu'il chante au public qui l'applaudit, et au jury qui le récompense. Erreur cependant, il reste muet; et on assure qu'une flamme de bougie placée devant sa bouche n'oscille pas, un miroir ne se ternit pas. Premier prix de prestidigitation. — M. Gandubert est engagé pour l'hiver prochain, non pas à l'Opéra-Comique, pour doubler M. Chênevière, ainsi qu'on l'a dit, mais chez Robert Houdin, où il exécutera le tour suivant... Mais, chut! pas d'indiscrétions. — Donc M. Gandubert imite à ravir la voix humaine; il rappelle un peu Dereims... mais Dereims chantant à l'Opéra et entendu de la

mois. Cette malade s'est aperçue, il y a deux mois environ, d'une difficulté d'introduire son cure-oreille dans le conduit auditif gauche. Cette obstruction, qu'elle ne sait à quoi attribuer, la gêne et l'amène chez moi.

L'examen direct permet de voir, à 1 centimètre du méat, une tumeur ovoïde de la grosseur d'un fort pois et paraissant faire corps avec le derme et l'épiderme de la peau du conduit. Elle est située en arrière et un peu en bas et intercepte les trois quarts de la lumière du canal. Touchée avec un stylet, cette tumeur semble assez dure, mais se laisse un peu déprimer au centre; la base est large et fait corps aussi avec le tissu sous-jacent.

Il n'existait ni inflammation ni douleurs. A cette époque, je n'avais jamais vu de faits de ce genre et j'étais un peu embarrassé de porter un diagnostic. Je penchai pour un kyste et je fis avec une aiguille lancéolée une ponction exploratrice. Il s'écoula quelques gouttelettes d'un liquide jaunâtre assez clair. Étant fixé, je proposai de terminer l'opération. Je fis une incision de la base au sommet en traversant le kyste de part en part, puis je fis l'excision des deux lambeaux avec de petits ciseaux courbes. Les parois de cette tumeur avaient plus de 2 millimètres d'épaisseur. Je pratiquai ensuite la cautérisation avec une solution de chlorure de zinc saturée et je fis le pansement avec de la ouate trempée dans un mélange de coaltar saponiné et de glycérine de Price à 20 0/0.

Il fallut plus de trois semaines pour obtenir la cicatrisation.

Quel ne fut pas mon étonnement de trouver ensuite, dans un point plus profond du conduit auditif, au niveau de l'insertion

gare Saint-Lazare. — Comme voix, c'est gracieux, gentil, exquis dans le piano, c'est-à-dire tout le temps ; spécialité pour salon, et surtout pour chambre de malade. — Trop de science, trop de talent, pas assez de soufflet.

M. Ibos n'a eu qu'un premier accessit de chant ; musicalement, il méritait mieux, administrativement, il n'aurait rien dû avoir. On a fait un compromis, et il a été récompensé de pair avec M. Monteux, un petit ténor à la peau brune, à la voix blanche, qui a vocalisé l'air *Il mio Tesoro* de *Don Juan* avec une succession de bruits pharyngiens assez harmonieux. M. Vitu a trouvé qu'il avait la voix de Gayarré ; parfaitement, mais de

du cartilage avec le rocher, une tumeur du même genre, mais plus petite, qui semblait être de même nature.

Je fis une seconde opération semblable, et, deux mois après, le conduit auditif gauche avait repris son aspect normal et l'audition sa finesse ordinaire.

Je possède encore 5 observations d'otite aiguë de la caisse, survenues chez des femmes en pleine ménopause. Chez ces malades, l'état congestif de la caisse a été très manifeste et m'a semblé avoir mis plus de temps que d'habitude pour arriver à la suppuration.

Comme dans les observations XVI et XVII, l'injection des vaisseaux tympaniques a marqué le début de l'inflammation. Mais, au lieu de se terminer par résolution, il y a eu certainement dans la caisse une hypercrémie plus forte, et le tympan y a participé tout entier. Je me contente de citer ces observations, qui ne présentent aucunes particularités remarquables.

Nous avons à examiner maintenant quels peuvent être les effets de l'âge critique sur l'orcille moyenne, en dehors des cas d'inflammation aiguë. Je veux parler de l'état catarrhal de la caisse et des trompes. Bien que ces maladies puissent survenir à tout âge, et sous des influences diverses, on est forcée de compter avec la ménopause. La perturbation dans les fonctions utérines active certaines diathèses, et met l'économie dans des conditions morbides qui ont leur retentissement sur les divers organes.

Gayarré à la Raillère. — Quant à M. Ibos, c'est un vrai ténor ; il manque d'habitude et de talent, chante d'une façon uniforme, terne même, sans chaleur et sans élan ; mais sa voix est bien timbrée, sonore et extrêmement haut perchée. Il a chanté l'air d'« Asile héréditaire » avec un air souriant, et sans doute pendant qu'il disait : « Murs chéris... je viens vous voir pour la dernière fois, » il songeait au Conservatoire qu'il allait lâcher, ce dont il paraissait ravi. Mais, par exemple, dans la strette finale il a crié un *ut*, oh ! mais un *ut* !... ni de poitrine ni de tête : tout au plus un *ut* de cheveux.

Les cliniciens trouvent cette action toute naturelle quand elle se montre sur d'autres organes dont on se préoccupe avec plus d'attention. Pourquoi les otologistes ne pourraient-ils pas expliquer, dans certains cas, les divers états morbides de l'oreille par une influence toute spéciale dont je crois avoir donné maintes preuves ? Ceux qui seraient tentés de la nier n'ont qu'à étudier cette question avec le soin qu'elle comporte.

J'ai recueilli 11 observations de catarrhe de la trompe et de la caisse.

Pendant la ménopause, il se fait des poussées congestives vers le pharynx et l'arrière cavité des fosses nasales. Par contiguïté l'extension se fait du côté de la trompe et de la caisse, et les intermittences observées indiquent clairement que les sujets étaient sous une influence toute particulière. Je ne citerai qu'un cas, les 10 autres étant à peu près semblables.

OBS. XX. — *Catarrhe double des trompes et des caisses.*

Femme de 50 ans, herpétique, adipeuse, lymphatique. Ménopause ayant débuté sept mois avant. Au commencement, elle a eu plusieurs extinctions de voix, puis une pharyngite granuleuse assez forte. L'audition a diminué de moitié ; aucune maladie antérieure de l'oreille.

La rhinoscopie laisse voir une hyperémie marquée dans toute la région ; l'entrée des trompes est boursouflée.

Le procédé de Politzer améliore un peu l'audition. L'effet

M. Gibert — deuxième accessit de chant — dépense une somme considérable d'efforts pour ouvrir les deux ou trois si bémols du grand air de Vaseo au quatrième acte de *l'Africaine*. Que de force perdue et qui pourrait être si utilement appliquée à l'industrie : il suffirait pour cela de s'entendre avec M. Marcel Depraz. En tout cas, s'il continue ce métier encore deux ans, je lui donne à choisir entre *l'emphysème pulmonaire ou la pyridine*. — Néanmoins, beaucoup de dispositions : nuances intelligemment observées ; sons bien filés ; voix enrouée dans le médium, souvent fausse dans le haut : rappelle Sellier.

Même air chanté par M. Gesta. Pauvre M. Gesta ! Et surtout

n'est pas durable. Le cathétérisme donne un bruit de gargouillement, et la bougie permet de s'assurer qu'il n'y a pas de rétrécissement.

Je fais quelques fumigations chaudes d'eau de goudron dans les trompes ; après 15 jours de traitement la guérison était obtenue.

Deux mois plus tard, retour des mêmes accidents qui, pris au début, sont rapidement modifiés.

Enfin, quatre mois après, troisième reprise des symptômes, guéris par les mêmes moyens. Le mal ne reparut plus ; la ménopause fut complète au bout de 15 mois.

Lorsque certains états morbides affectent la membrane qui tapisse la caisse et ses dépendances, il est facile de s'expliquer les complications qui surviennent, telles que l'ankylose des osselets, le soudage de l'étrier, la rétraction du tympan, l'épaississement de la fenêtre ronde, etc. J'ai donné des soins à beaucoup de femmes affectées de lésions de ce genre, mais à une époque déjà éloignée de la ménopause ; ces observations ne sont point assez précises pour avoir un réel intérêt.

C. Oreille interne.

Les affections de l'oreille interne, quoique mieux connues depuis quelques années, ne sont point encore parvenues au degré désirable de certitude scientifique. Bien des points

pauvre Meyerbeer !! Je pense encore à certain si bémol déposé le long du premier point d'orgue.

MM. Larbaudière et Samat ont gentiment gazouillé : pas même des tenorini, des sous-Gandubert.

Les barytons ont été médiocres, mais récompensés : lauréats... *mediocritas*, aurait dit Pailleron.

En tête de ceux-ci paraît M. Balleroy, qui malgré son second prix de chant et son premier accessit d'opéra-comique, a dû être bien étonné de s'entendre proclamer premier prix d'opéra *ex aequo* avec M. Duc. Rien d'étonnant du reste à ce qu'ils soient arrivés ensemble, puisqu'ils étaient attelés au même air. Mais

sont obscurs ; j'ai dit autre part (1) combien les autopsies sont rares et de quelles difficultés elles sont entourées.

L'otologie qui a fait de grands progrès malgré le peu de protection qu'on lui accorde, en France, en haut lieu, aurait besoin d'avoir ses coudées franches et de pouvoir se livrer à des travaux anatomo-pathologiques qui sont de première nécessité. Il faudra bien du temps pour combler ce *desideratum* !

Il n'en reste pas moins acquis, dans l'état de nos connaissances, que les phénomènes de congestion qui se manifestent du côté de l'oreille interne, ont pour effet des lésions qui entraînent la diminution ou la suspension de la sensibilité auditive.

Ces lésions sont-elles dues à une altération des liquides ou des cellules ciliées auditives. Le labyrinthe est-il pris isolément ou concurremment avec les canaux demi-circulaires ?

Une suffusion sanguine, quelque minime qu'elle soit, peut amener des désordres sérieux dans un appareil aussi tenu et aussi délicat, enfermé dans une cage osseuse. Il est donc assez facile d'expliquer le mécanisme de ces lésions.

J'ai pu réunir d'assez nombreuses observations ; j'en donnerai trois principales.

(1) Quelques considérations sur la maladie de Ménière. Congrès oto-
logique de Milan, 1880.

M. Balleroy était parti un an d'avance ; et il sait très bien qu'à Longchamps, le moindre cheval de louage ferait *dead-head* avec *Archiduc*, à la condition de partir la veille au soir. Loin de moi cependant toute comparaison blessante. — M. Balleroy est un baryton passe-partout, et à transformations. Le 22 juillet au chant, il est en plein opéra-comique avec l'air d'*Hoël* : il le chante bien et même aboie comme il faut dans la strette :

Perles et rubis,
Tresors enfouis,
A moi, à moi, à moi... .

OBS. XXI. — *Bourdonnements, vertiges, surdité, oreille droite.*

Femme de 54 ans, bonne santé habituelle, herpétique, n'a jamais eu les oreilles malades.

Dès le début de la ménopause, qui a commencé à 51 ans, elle a eu des bruits dans les deux oreilles, ils ont continué pendant 17 mois avec des intermittences variables.

Les bourdonnements (forme pulsatile) ont diminué dans l'oreille droite au bout de 8 à 9 mois. Vers cette époque, la malade a eu quelques vertiges, de loin en loin, et les bruits sont devenus beaucoup plus forts dans l'oreille gauche. Pas de nausées ni de vomissements. La surdité a augmenté sérieusement de ce côté. Il n'a été tenté aucune médication jusqu'à sa première visite chez moi. Il n'existe pas de lésions dans l'oreille externe ou moyenne. Tous les traitements essayés n'ont amené aucun changement dans cet état ; audition 5 0/0 à gauche, 30 0/0 à droite.

OBS. XXII. — *Bourdonnements de l'oreille droite ; affection labyrinthique.*

Femme de 53 ans, de bonne santé habituelle, très forte, tempérament sanguin. La ménopause a commencé vers l'âge de 50 ans. La malade précise avec soin qu'à cette époque elle a commencé à ressentir quelques légers bruits de sifflet dans l'oreille droite.

Trois ou quatre fois par mois elle a eu des vertiges qui, suivant elle, s'accentuaient aux époques manquantes. A ce bruit succéda un bruit de chute d'eau qui fut intolérable pendant cinq ou six mois ; l'audition avait progressivement diminué.

Le 27 juillet, nous le trouvons en plein opéra-bouffe dans le tambour-major du *Caid* (à propos, la canne demande à être travaillée) ; le 30, dans *Guillaume*, il pleure avec l'*Helvétie*. Quel Protée ! En somme, il me paraît bon pour l'opéra de province, mais pour l'opéra-comique, jamais ! Les gestes sont appris, archi-appris et d'un engoncé désespérant. La voix est sonore dans le médium, conduite avec grande habileté ou habitude, je ne sais trop ; mais le haut et le bas sont vides, et ne sont pas rachetés par le style qui est lourd à l'excès. Les forte sont secs, mal timbrés et ternes. M. Balleroy ferait bien de se procurer quelques harmoniques de douzième : ce sont les meilleures.

Le médecin de la localité qu'elle habitait, lui fit prendre de nombreux purgatifs et du bromure de potassium, puis ordonna des vésicatoires et des sanguines sans amener d'effets bien marqués.

L'examen ne me révéla aucune maladie de l'oreille externe ou moyenne. Je proposai l'emploi de l'électricité statique qui produisit un excellent résultat. Après vingt séances faites comme je l'ai dit plus haut, l'audition qui était à 10 0/0 remonta à 50 0/0 ; les bruits diminuèrent notablement, et les vertiges disparurent. La malade revue deux ans après était dans le même état relativement satisfaisant.

C'est un cas d'amélioration marquée que je puis mettre à l'actif de l'électricité statique employée trois ans après le début de l'état morbide.

Obs. XXIII. — Bourdonnements des deux oreilles. Surdité rapide.

Femme de 50 ans, de tempérament sanguin, et fortement adipuse. La ménopause a débuté il y a 5 mois. A la première époque manquante des règles, elle a eu un bruit de chute d'eau dans les deux oreilles, qui n'a guère duré plus de 10 à 12 jours. Deux mois s'écoulent sans qu'elle ressentît ces bourdonnements.

A la deuxième époque manquante, mêmes phénomènes dans les deux oreilles, mais durant, cette fois, pendant près de six semaines, avec quelques légères intermittences.

Enfin, à la troisième époque manquante, les bruits se sont accentués, et la surdité est survenue dans l'espace de trois jours. C'est alors qu'elle vient me consulter. Les oreilles externes et

M. Jacquin, dans le *Songe d'une nuit d'été*, dans les *Mousquetaires de la Reine*, a uni à une grande bonhomie une voix pure, sonore, chaudemment timbrée à la Gailhard et mordante. On lui reproche, dans les *Contes d'Hoffmann*, d'avoir voulu imiter Taskin, d'autant plus que Taskin était membre du jury. Cela, en tout cas, ne prouve pas un manque d'intelligence. Le jeu, il est vrai, est jeune, exubérant, mal réglé, mais il se fera, et M. Jacquin sera excellent quand il sera mieux tempéré. En somme, il méritait plus qu'un second accessit.

Je saute au-dessus de MM. Soum, Bernaert et Bérengier, dont je ne me souviens guère, pour arriver à M. Delmas — deuxième

moyennes sont normales ; l'audition est à peine de 5 0/0 des deux côtés. Toutes les médications ont échoué.

J'ai suivi la malade pendant assez longtemps ; au bout de 16 mois, la ménopause était complète, les bruits plus supportables et l'audition avait encore baissé. Il fallait crier les mots contre l'oreille.

Cette dernière observation me paraît intéressante ; il y a eu chez cette malade, à trois reprises différentes, aux époques manquantes, des poussées congestives avec des exacerbations très marquées, suivies de bruits violents, puis de surdité grave.

Maladie de Ménière.

J'ai vu deux cas de maladie de Ménière survenue en pleine ménopause ; je ne puis assurer que l'âge critique ait été la seule cause, mais après un examen minutieux et un interrogatoire très précis, je n'ai trouvé aucune autre raison pour expliquer ces faits.

Je cite simplement ces deux observations sans les donner même en abrégé, car elles sont très longues et dépasseraient les limites que je puis donner à cette étude.

En résumé, le pronostic des affections de l'oreille interne qui surviennent dans l'âge critique, est grave. Le médecin doit rester sur la réserve, car il est possible que, dans des cas qui paraissent relativement assez bénins, il se produise, sans symptômes particuliers, une surdité rapide qui devient

prix de chant et d'opéra. — M. Delmas a une fort belle voix de basse chantante, à la fois douce et timbrée, un peu molle dans le bas, mais d'une grande sonorité dans ses deux tiers supérieurs. En outre, il joue fort bien, ce qui n'a jamais rien gâté, et dans le rôle d'Edipe il a déclamé des récitatifs avec une ampleur qui a soulevé les applaudissements. Je mets M. Delmas bien au-dessus de M. Balleroy. Encore un an de travail — je n'ai pas dit de Conservatoire — et M. Delmas débutera avec grand succès dans un théâtre d'ordre.

Je souhaite à M. Aubert, que je connais particulièrement, un meilleur succès pour l'an prochain. Franchement, cette année il

presque complète, quelquefois dans l'espace de un à dix jours.

Il est donc utile de prendre ses précautions. Sur 34 cas, j'ai rencontré 7 fois la surdité considérable des deux oreilles ; 9 fois d'une seule oreille ; 11 fois audition variant de 15 à 40 0/0, et 3 fois, perte complète de l'ouïe en un jour, d'un seul côté.

Le traitement, sur lequel je ne veux point m'étendre, ne produit qu'assez peu d'effets. Il est bon, cependant, de tenter tout ce qui peut être susceptible d'enrayer la marche de la dysécée ; mais les moyens thérapeutiques ne sont pas nombreux. Un de ceux qui m'a le mieux réussi pour calmer les bruits, est l'emploi du bromure de potassium, de sodium et d'ammonium administrés ensemble à la dose de 50 à 60 centigrammes de chaque, deux fois par jour. L'électricité statique m'a donné quelques bons résultats 6 fois sur 17.

CONCLUSIONS

Il est admis par tous les médecins que la ménopause exerce une influence considérable sur la santé de la femme. Les faits que j'ai observés depuis nombre d'années me permettent d'avancer que l'organe de l'ouïe est un de ceux qui subissent cette influence à laquelle on n'a pas prêté toute l'attention qu'elle mérite.

Je crois avoir démontré cette action par des observations sérieuses choisies parmi les 140 que je possède. La patho-

a brassé des ondes sonores avec une intrépidité farouche, déchainé des ouragans d'harmoniques, sonné de sa belle voix à toute volée, et chanté fort mal : tout bruit n'est pas son, il s'en faut de beaucoup ; ce que Shakespeare traduit par *much ado about nothing*. Au demeurant, une voix superbe, la plus belle basse profonde de tout le concours ; trop de voix même.

Les femmes ont été infiniment plus jolies, mais plus faibles, que les hommes. A part une voix de contralto vraiment belle, et deux soprani de qualité supérieure, l'ensemble a été d'une monotonie et d'une médiocrité rares, même au Conservatoire. Mais le jury ne s'est point embarrassé de si peu : il a trouvé

génie est limitée, et se trouve constituée presque tout entière par l'hypérémie qui se fait du côté de la tête et frappe particulièrement, dans certains cas, l'appareil de l'audition. Chacun connaît l'importance de la distribution des vaisseaux sanguins dans ces organes. Les nombreuses branches qui rampent dans ces parties si délicates permettent d'expliquer l'action que peut avoir une stase sanguine dans ces régions, et les lésions qu'elle peut entraîner.

Lorsqu'il existe des maladies antérieures à l'âge critique, elles sont souvent influencées en mal, et j'ai cité des cas où le doute ne me paraît pas possible.

D'autre part, la ménopause amène un tel trouble dans la circulation utérine, qu'un retentissement peut avoir lieu d'emblée sur l'appareil auditif, et être la cause directe de certaines maladies de l'oreille interne, dont l'anatomie pathologique est encore à faire, pour ces cas particuliers.

Il est donc de toute nécessité d'interroger les femmes de 40 à 50 ans avec soin et précision, mais aussi avec beaucoup de délicatesse ; le praticien aura ainsi, souvent, la clef de certains états morbides dont le début est obscur, et dont la cause peut échapper même à un observateur attentif.

Ce point de pathologie spéciale est resté un peu dans l'ombre, et je me rends parfaitement compte des nombreuses lacunes qui existent dans ce travail dont je n'ai voulu faire qu'une étude clinique. Toute mon ambition pour l'instant,

matière à récompenses multiples, a casé tous ses accessits disponibles, et même a atteint dans son impartialité un degré d'originalité inattendu. Ainsi M^{me} Serignac est refusée au concours de chant et obtient un deuxième accessit d'opéra-comique dans une scène du *Songe d'une nuit d'été*, où elle n'a pas un seul mot parlé. — Mieux encore : M^{me} Cabot a un affreux zézaiement qui la fait blackbouler au chant ; n'importe, elle empoigne le premier accessit d'opéra-comique, évidemment parce que son défaut de prononciation est bien plus marqué dans le dialogue que dans le chant ; ou encore parce qu'elle chante agréablement, tandis qu'elle joue la comédie honteusement. Sinon, pourquoi ?

est d'appeler l'attention des otologistes sur des faits intéressants et encore mal connus.

II

SUR QUELQUES INSTRUMENTS ET APPAREILS
DESTINÉS AU TRAITEMENT DES MALADIES DE
L'OREILLE ET DU NEZ.

Par M. le Dr **CH. DELSTANCHE**, chef du service otologique de
l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles.

Cette petite notice ne **constitue pas**, à proprement parler, un travail original, puisqu'elle traite d'un sujet que j'ai déjà développé, dans des termes à peu près identiques, à deux reprises différentes. En la publiant, j'ai en vue de faire connaître, par l'intermédiaire d'un organe fort répandu, quelques-uns de mes instruments à ceux de mes confrères en spécialité qui n'auraient pas eu l'occasion, et c'est de beaucoup le plus grand nombre, de lire le compte rendu des communications faites par moi, à ce propos, au congrès otologique de Bâle et devant l'Académie de médecine de Belgique. Je désire aussi insister davantage ici sur certains points que je n'ai fait qu'effleurer dans ces communications, et entretenir le lecteur de changements qu'il m'a paru opportun d'introduire depuis peu dans la construction de plusieurs appareils, afin

M^{me} Vidal a la seule forte voix au concours, un contralto merveilleusement timbré, superbe dans le grave, se jouant des *la* et des *si* d'en haut, mais fort mal conduit. Volume énorme, écrasant dans la salle du Conservatoire, tuant tout effet. Mais plus tard, dans l'opéra, quand elle nuancera mieux et surtout prononcera d'une façon distincte, M^{me} Vidal fera une excellente Fidès. Deuxième prix d'opéra bien mérité.

Miss Moore, une petite blonde de vingt-deux ans, enfant de la libre Amérique, a chanté avec une virtuosité extraordinaire l'air d'Ophélie au 4^e acte d'*Hamlet*. Elle semble se moquer avec une égale crânerie de la justesse des trilles et des lois de la phonation ;

d'en rendre le maniement plus aisé ou d'en augmenter les applications.

Je commence la revue de mes instruments par une petite pince (*fig. 1*), dont il est fait mention dans plusieurs traités



Fig. 1.

d'otologie. Elle est constituée par une tige en baleine repliée sur elle-même, de manière à représenter assez bien un M dont les extrémités libres seraient rapprochées, et est destinée à maintenir la sonde pendant le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Tous les auteurs qui jusqu'ici en ont parlé, n'ont pas fait ressortir ce qui, à mon avis, constitue le principal mérite de ce petit instrument : celui de pouvoir s'appliquer de ma-

ainsi elle entonne son air avec un timbre de mezzo sombré jusqu'au guttural, puis tout à coup lâche la bride à sa voix qui devient éclatante et grimpe jusqu'au *fas*, tout comme la Patti ou la Nilsson. L'effet produit est immense, le public trépigne et le jury décerne le premier prix de chant à l'inconnue de la veille.

Mais combien je lui préfère M^{me} Salambiani, qui a conquis aussi son premier prix de chant par acclamation ; il est vrai qu'Auber était pour moitié dans son succès, avec cet air si pimpant et si coquet du *Concert à la Cour*, si différent de la musique chloralée de M. Saint-Saens ou de M. Reyer. La voix n'est

nière à ne pas intercepter la respiration nasale, même du côté où la sonde est introduite, tout en assurant à cette dernière une grande fixité dans la situation la plus favorable.

Contrairement à la pince de Bonnafont, qui se met à cheval sur le nez dont elle déprime les ailes, celle-ci, quand on la place convenablement, appuie d'une part sur le dos du nez, d'autre part, directement sur le corps de la sonde.

Pour en augmenter la fixité, je l'ai récemment modifiée de telle sorte que l'une des branches est légèrement incurvée à son extrémité, afin d'être en contact avec une plus grande étendue de la surface du nez ; mais déjà, sous sa forme primitive, cette pince, grâce à la gomme qui en garnit les bouts, n'est guère sujette à se déplacer, si on a la précaution, dans le cas où la surface du nez serait glissante, de la frotter, au préalable, avec un peu d'alun en poudre.

Rien n'est plus facile au médecin que de confectionner lui-même ces petites pinces. On fait choix d'une tige de bâleine de bonne qualité, plate et bien lisse, ayant environ deux millimètres d'épaisseur sur un centimètre de largeur, et on lui donne la forme et les dimensions convenables, en l'amollissant à la chaleur d'une lampe, après l'avoir préalablement enduite d'huile, pour éviter qu'elle ne charbonne, ce qui nuirait à son élasticité et lui enlèverait son poli. On la trempe ensuite dans l'eau froide et on en coupe les extrémités à la longueur voulue. Pour compléter l'instrument, il ne reste plus qu'à en couvrir les deux branches dans leur

pas très sonore, mais elle est d'une pureté irréprochable et pleine d'esprit. Ce que j'admire surtout chez M^{me} Salambiani, c'est la gaïté, l'entrain, les trilles perlés, les vocalises chatoyantes, les chromatiques justes et retombant d'aplomb ; on ne sait quoi le plus aimer, ou la finesse du chant ou la grâce de la chanteuse. Mademoiselle Salambiani, chantez Auber, Hérold, Grisar, Poise, mais gare à Massenet ; on vous a blackboulée dans le rôle de Mireille : c'est là un avertissement, et un excellent service qu'on vous a rendu.

M^{les} Terestri et de Laferrrière — deux seconds prix de l'an dernier — ont été sans éclat. Au chant, M^{me} Terestri a été fa-

partie supérieure et à leur extrémité libre, d'un bout de tuyau de gomme.

Cette pince a, sur tous les autres appareils destinés à remplir le même rôle, les avantages suivants :

1^o Elle ne coûte presque rien, se place aisément et rapidement;

2^o Grâce à la simplicité de sa construction, elle n'est pas sujette à se détériorer et conserve pendant fort longtemps, malgré son emploi journalier, le degré d'élasticité nécessaire;

3^o Elle presse directement et dans le sens le plus favorable sur le cathéter;

4^o Elle n'entrave pas la respiration nasale;

5^o En raison de sa légèreté et de son élasticité, elle n'incommode pas le malade;

Enfin 6^o, la gomme dont elle est garnie à ses extrémités en empêche le glissement.

Ma cuvette à irrigation de l'oreille (*fig. 2*) est divisée par une cloison oblique en deux compartiments de capacité égale. L'un d'eux est destiné à recevoir l'eau à injecter et l'autre, dont le fond est formé par la cloison oblique, l'eau salie par l'injection. L'obliquité de la cloison présente l'avantage de permettre à l'opérateur de constater la nature des matières expulsées, tandis qu'elles glissent doucement sur ce plan incliné.

La seringue (*fig. 3*) que j'utilise avec cette cuvette est de

blarde, et à l'opéra-comique, bebête. C'est vrai qu'elle n'était pas du tout en voix, m'a-t-on dit, mais le jury ne peut tenir compte de pareils accidents, ni surtout les empêcher...

Mme de Lafertrière, très fade dans *Faust*, excellent professeur, mais médiocre actrice, a eu un second prix d'opéra. Malheureusement, Mme de Lafertrière a la voix trop lourde et trop sérieuse pour aborder les emplois de chanteuse légère, et d'autre part elle manque totalement du volume vocal nécessaire à une Falcon. Alors que faire ? Elle a opté pour les rôles de soprani légers, pour lesquels elle n'a du reste aucune disposition. C'est donc au travail à lui donner ce que la nature lui refuse ; c'est à son

petite dimension; elle a tout au plus une capacité de 20 grammes. Grâce aux profondes cannelures latérales de son extrémité, on peut l'introduire fort ayant dans le conduit sans entraver le reflux du liquide. Selon moi, cette petite



Fig. 2.



Fig. 3.

seringue, qui peut se manœuvrer très aisément d'une main, est préférable aux instruments analogues d'un calibre plus

professeur à la faire vocaliser sans relâche, à la faire triller... Oh! pardon.

Mme Ribeire (premier accessit de l'an dernier) a eu le deuxième prix de chant et le deuxième prix d'opéra-comique; avancement hiérarchique lent, mérité par une tenue correcte, une voix moyenne, une diction convenable, un talent modéré; ce qu'on est convenu d'appeler un bon ordinaire.

Mme Tanesy a une voix de premier accessit, un peu triste, un peu sourde et mal timbrée; ces faiblesses eussent été dissimulées par un air moins terrible que celui de *Fidelio*. Les nuances sont bien indiquées. En somme, pas de qualités saillantes, mais

grand. En effet, les coups de seringue sont surtout efficaces par le choc initial du liquide, et il vaut mieux, par conséquent, les répéter souvent que de recourir à des jets continus.

Pour éloigner du conduit un bouchon cérumineux ou un corps étranger enclavé au fond de ce canal, les injections doivent parfois être pratiquées avec beaucoup de force, et afin d'empêcher qu'en pareil cas le liquide qui reflue de l'oreille ne s'épanche au dehors de la cuvette ou aille jusqu'à éclabousser l'opérateur, on se trouvera bien d'adapter au corps de la seringue un rebord en forme de parapluie dont la concavité regarde l'oreille et contre laquelle vient se rompre le jet du liquide. Ce para-jet, grâce à l'anneau qui en constitue le centre, se met et s'enlève par simple glissement, avec la plus grande facilité et la plus grande promptitude.

Voici maintenant une petite pince à coulisse (*fig. 4*), se manœuvrant à l'aide d'un levier et à laquelle s'adapte une série de tiges. Parmi ces dernières, celle qui, dans la figure, est fixée à l'instrument et que j'utilise de préférence, porte des mors à anneaux présentant cette disposition particulière, que les anneaux, au lieu d'être dans l'axe de la tige, sont placés latéralement. Cela permet de ne pas perdre de vue, un seul instant, le point sur lequel on opère et de pouvoir en outre aller saisir les végétations ou les corps étrangers situés dans les recoins du conduit ou bien partiellement cachés par une portion conservée du tympan. Ajoutons que

aussi pas de défauts marqués; la voix mal définie vaudra autant dans le grand opéra que dans l'opéra-comique, et n'ayant rien de bien spécialisé, se prêtera aux circonstances : c'est une voix opportuniste.

M^{me} Cremer — dix-sept ans — saura certainement chanter un jour et fera une idéale Falcon si son ramage ressemble à son plumage. Le malheur est que jusqu'ici elle ne semble avoir travaillé que le plumage, mais par exemple avec grand succès. C'est déjà une femme faite, une brune sculpturale et majestueuse, à la démarche noble, au port de reine.

Pourquoi donc M^{me} Patoret n'a-t-elle pas eu le premier prix

grâce au pas de vis qui relie la tige au manche de l'instrument, l'opérateur peut à son gré varier la direction du mors.

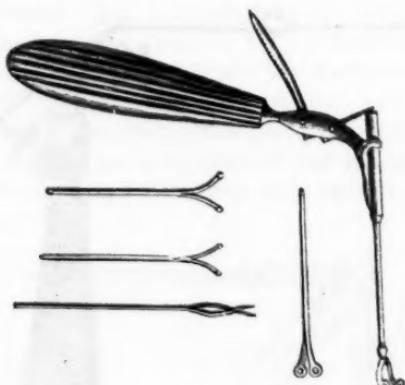


Fig. 4.

Une pince semblable, mais plus grande, sert à opérer dans les fosses nasales.

Je passe à l'appareil que je désigne, en raison de son double rôle, sous le nom d'injecteur-aspirateur (*fig. 5*). Une petite boîte ménagée dans l'épaisseur du manche et dont le couvercle est formé par un feutre de gomme fortement tendu, à la façon d'une peau de tambour, en constitue la partie essentielle. Cette boîte communique avec une tige creuse

de chant ? C'est cependant une des voix de soprano léger des plus sympathiques que j'ai entendues : les vocalises sont d'une pureté et d'une justesse absolues, et les nuances observées avec un tact infini. — Mais, au fait, j'oubliais ; M^{me} Patoret n'a pas concouru. — Alors, je reprends ma question : Pourquoi donc M^{me} Patoret n'a-t-elle pas concouru cette année ?

Quant au reste — quatorze concurrentes blanches ou roses — c'est plus que faible, cela n'existe pas, c'est négatif ; cela sera peut-être un jour, mais pour le moment c'est quantité négligeable. Cependant les accessits ont pullulé : c'est dommage ; telle accessit, que je ne nomme pas, a été foncièrement mauvaise.

et coudée à angle droit, dont la première section, la plus voisine du manche, est en relation, par un godet fileté, avec un petit réservoir de verre d'une longueur d'environ 3 cen-

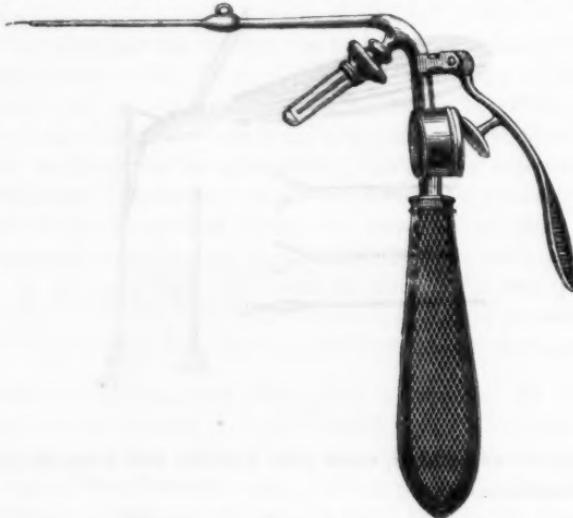


Fig. 5.

timètres, dirigé selon la bissectrice de l'angle droit. Au fond de ce réservoir plonge un petit canal métallique qui se continue avec la partie de la tige située perpendiculairement au manche et se terminant par une aiguille de Pravaz.

Selon que le feuillet de gomme est refoulé dans la boîte

Attacher l'étiquette de *lauréat du Conservatoire* à des artistes de vingt-septième ordre qui s'en promèneront parés en province ou à l'étranger, c'est exporter sciemment les preuves vivantes de la dégringolade du chant français; à moins qu'il ne soit convenu une fois pour toutes qu'il en est des récompenses du Conservatoire comme des qualités de chocolat: « Ça commence par l'extra-fin qui est le plus mauvais. »

X. Y. Z.

par le bouton du levier qui lui est superposé, ou qu'après avoir été déprimé de la sorte on le laisse revenir sur lui-même, l'appareil remplit l'office de pompe foulante ou de pompe aspirante. Dans le premier cas, il sert à pratiquer de petites injections caustiques dans l'épaisseur de tissus morbides, de polypes de l'oreille par exemple, au moyen d'un liquide approprié mis au préalable dans le tube de verre ; dans le second, il convient parfaitement aux ponctions exploratrices à travers le tympan, en vue de s'assurer de la présence d'un liquide à l'intérieur de la caisse et d'en opérer l'élimination.

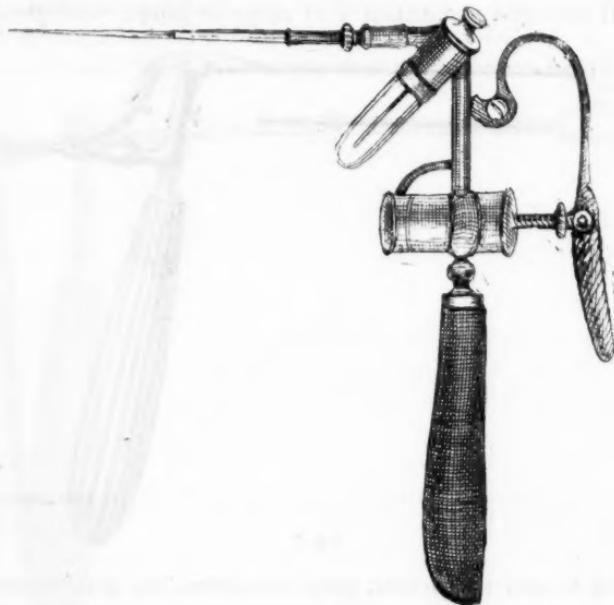


Fig. 6.

En remplaçant l'aiguille de Pravaz par une aiguille plus longue, de calibre un peu plus fort et à extrémité mousse, le même appareil me sert à introduire profondément, dans le cathéter mis en relation avec la trompe d'Eustache, les liquides médicamenteux dont je désire faire pénétrer par

cette voie une quantité déterminée jusqu'à l'intérieur de la caisse.

Afin d'obvier à certains inconvénients que l'usage de l'injecteur-aspirateur m'y avait fait constater, celui, entre autres, de devoir renouveler le feuillet de gomme qui constitue la paroi supérieure de la boîte, dès qu'en raison de la décomposition spontanée que subit son tissu elle perd de son élasticité, devient friable et par conséquent sujette à se déchirer sous la pression du levier, j'ai confié à notre habile fabricant d'instruments, M. Georges Clasen, le soin de modifier l'appareil de la façon suivante (*fig. 6*) :

Il est formé maintenant d'un corps de pompe, analogue à



Fig. 7.

celui de mon raréfacteur, mais de dimensions notablement plus petites et à piston plein.

Ce corps de pompe est supporté transversalement par un manche et communique avec un tube cylindrique, dont l'extrémité supérieure est coudée à angle droit et terminée par un pas de vis sur lequel peuvent s'adapter des canules mousses ou aiguës répondant chacune à des indications spéciales (injection interstitielle, instillations intra-tympanales, pulvéri-

sations de liquides médicamenteux, etc.). A l'instar de ce qui existe dans l'ancien appareil, un petit réservoir en verre se détache obliquement de l'angle formé par le coude du tube. Ce réservoir, destiné à recevoir le liquide aspiré ou à injecter, est d'une capacité équivalente à celle du corps de pompe, disposition qui a pour but de soustraire ce dernier au contact de certains liquides qui pourraient le détériorer. Le piston est mis en action par le jeu d'un levier du deuxième genre, lequel est trempé à ressort de façon à en simplifier la manœuvre. Un curseur mobile sur la tige du piston permet de régler à l'avance la quantité de liquide à aspirer ou à injecter.

L'instrument suivant est un étrangleur destiné à opérer l'extraction des polypes du nez et de l'oreille (*fig. 7*). Il possède deux tiges qui peuvent se substituer l'une à l'autre,

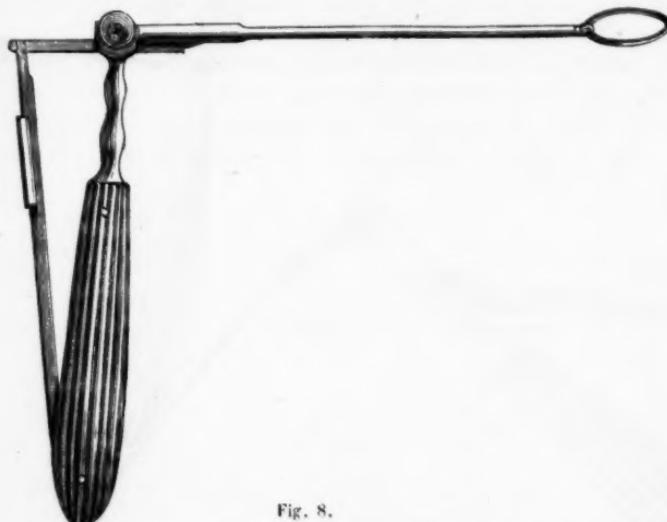


Fig. 8.

selon que l'on veut agir sur le premier ou le second de ces organes. Dans ce dernier cas, pour diminuer l'excursion du levier et par conséquent la grandeur de l'anse, on dirige la concavité de ce levier vers le bas. Une vis placée en correspondance de son articulation avec le manche de l'appareil permet de faire rapidement ce changement.

Voici un autre étrangleur qui dans certains cas m'a rendu de grands services (*fig. 8*). L'anse formée par un ressort de montre se développe d'elle-même une fois l'extrémité de l'instrument arrivée à l'endroit où il doit agir. Elle est rigide et susceptible, par conséquent, de supporter sans se déformer un certain degré de pression, circonstance qui favorise l'introduction dans son circuit de la masse polypeuse à enlever. Cet étrangleur à anse rigide convient surtout dans les cas où l'ouverture par laquelle on peut atteindre le polype est trop étroite pour permettre la formation préalable de l'anse.

Il est à remarquer que l'anse de cet instrument ne subit pas de mouvement de retrait, lorsqu'on en diminue la capacité en vue d'opérer l'étranglement des tissus qui y sont engagés ; la constriction se produit ici par un mouvement d'avant en arrière de la coulisse, ce qui supprime tout risque de déplacement.

Le lecteur trouvera sans doute, comme moi, cet étrangleur plus simple et plus efficace que l'appareil imaginé par le professeur Zaufal, de Prague, pour répondre aux mêmes indications.

Mon étrangleur courbe (*fig. 9*) est basé sur le même prin-

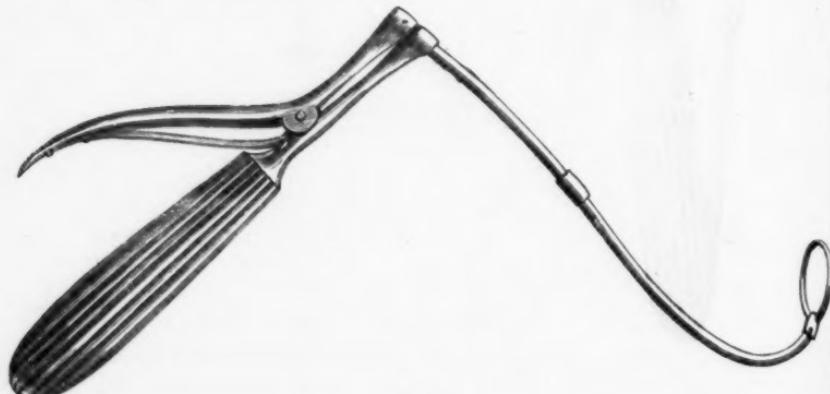


Fig. 9.

cipe que le précédent, mais s'en distingue par certains détails de construction et par de plus grandes dimensions. Grâce à la courbure prononcée de la tige, l'anse acquiert une direction

oblique qui lui permet d'aller embrasser les tumeurs nettement circonscrites, adénoïdes et autres, situées à la paroi supérieure du pharynx nasal, ainsi que le ferait la guillotine de Störke.

Il ne m'a été donné qu'une seule fois de l'utiliser jusqu'ici, et bien que j'aie lieu d'être satisfait du résultat obtenu, ce premier essai m'a révélé certaines imperfections dans le maniement de l'instrument ; toutefois, moyennant quelques changements que je lui ai fait subir depuis peu, je crois être parvenu à le rendre tout à fait pratique (1).

Le désir d'obvier à un défaut commun, il y a quelques années encore, à tous les spéculums du nez, celui de ne pouvoir se passer du secours de la main pour être maintenus dans la direction voulue, m'a engagé à faire fabriquer le petit appareil que je vous présente maintenant (*fig. 10*). C'est un

Fig. 10.

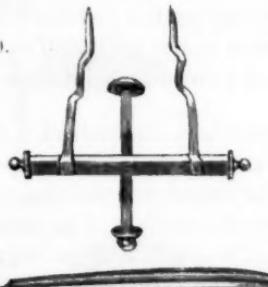


Fig. 11.

spéculum fixe, qui s'applique en faisant glisser, en sens opposé sur la tige qui les relie, les deux cuillers introduites au préalable dans la narine ; puis, comme il faut redresser l'ouverture de celle-ci, afin de la faire correspondre à l'axe de la fosse nasale, l'instrument est pourvu d'un bouton qui, prenant son point d'appui sur la lèvre supérieure, le fait basculer vers le haut et l'immobilise dans la situation la plus favorable, sans le secours de la main.

(1) La figure 16 ne représente que la portion recourbée de la coulisse et l'anse de cet étrangleur modifié ; dans les autres parties, son mécanisme est exactement le même que celui de l'adénotome, nouveau modèle, représenté dans la figure 17.

Lorsque le rapprochement des parois du nez arrête la vue en correspondance de la face antérieure des cornets et entraîne l'examen des parties situées au delà, on parvient d'ordinaire à triompher de cet obstacle au moyen d'un instrument que je désigne sous le nom de dilatateur profond (*fig. 11*), et qui sert de complément au précédent. Il consiste en une espèce de pince coudée, dont les branches s'écartent à l'aide d'une vis de pression, située à proximité du manche. Chaque tige est munie à son extrémité d'une cuiller qui est mobile, afin d'en pouvoir modifier la direction selon les circonstances. Si le point rétréci se prête peu à la dilatation, il est nécessaire d'employer les deux cuillers, dont la surface externe est couverte d'une mince feuille de gomme, en vue, d'une part, d'en rendre le contact plus supportable et d'en empêcher, d'autre part, le glissement. Mais quand le tissu qui masque les parties profondes se laisse facilement déprimer, une seule cuiller suffit, et l'on enlève l'autre pour diminuer d'autant l'encombrement de la cavité nasale.

J'arrive à la démonstration d'un appareil destiné à corriger les déviations de la cloison du nez, soient qu'elles aient pour effet de rendre une des fosses nasales perméable, soit qu'il s'agisse de satisfaire à un sentiment de coquetterie, en rétablissant la symétrie de cet organe.

La portion essentielle du redresseur de la cloison nasale (*fig. 12*) se compose de deux plaques destinées chacune à l'une des narines.

La longueur et la forme de ces plaques varient selon le genre et le siège de la déviation qu'elles sont appelées à corriger. Il est essentiel de leur donner une longueur suffisante pour permettre à leurs extrémités d'atteindre en arrière jusqu'à la portion du septum qui a conservé sa situation normale et qui doit leur servir de point d'appui pour effectuer le redressement; sinon, on s'exposerait à leur voir prendre la même direction que la partie déviée de la cloison et le résultat de l'opération serait nul ou à peu près. Un fait important à rappeler ici, c'est que l'asymétrie si fréquente des fosses nasales, en raison de l'incurvation vers la droite ou

vers la gauche de la cloison, est toujours limitée, d'après Zuckerkandl, aux deux tiers antérieurs de l'organe. Parmi les 370 crânes qu'il a soumis à ses investigations, cet auteur a en effet constamment trouvé le tiers postérieur de la cloison situé exactement sur la ligne médiane et par conséquent les deux fosses nasales postérieures de même capacité. W. Gruber est le seul, à sa connaissance, qui ait publié l'observation d'un cas qui fasse exception à cette règle (1).

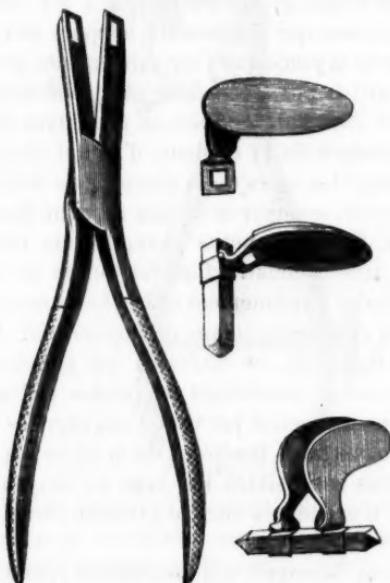


Fig. 12.

Les plaques que j'utilise ont une longueur variant entre 3 et 6 centimètres ; celles de 5 à 6 centimètres trouvent le plus fréquemment leur indication ; et si j'en juge d'après mon expérience elles ne sont pas moins bien supportées par les patients que celles de moindre dimension.

Une fois introduites dans les fosses nasales de chaque côté

(1) Dr E. Zuckerkandl, *Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöle und ihre pneumatische Anhänge*. Vienne, 1882, page 45.

de la cloison, on les relie au moyen d'une tige quadrangulaire sur laquelle elles glissent pour se rapprocher l'une de l'autre autant qu'il est jugé nécessaire en vue de produire le redressement du septum (1).

Ce rapprochement exige une certaine force et s'opère au moyen d'une pince fenestrée qui plus tard sera également à écarter les plaques, lorsque le moment est venu d'enlever l'appareil.

Dans le principe, je me contentais à cet effet d'insinuer entre les coulisses qui servent de support aux plaques, les mors fermés de la pince que j'ouvrirais ensuite graduellement; mais je ne tardais pas à constater que contrairement à mes prévisions, il était fort difficile, en procédant de la sorte, de ne pas occasionner de la douleur, d'autant plus qu'il fallait, afin d'empêcher les mors de la pince de se déplacer pendant cette manœuvre, appuyer avec une certaine force sur la tige transversale. Quelques petits changements introduits ultérieurement dans la construction des pièces de l'appareil, ont suffi pour rendre extrêmement aisément et beaucoup moins pénible pour le sujet ce dernier temps de l'opération. Ainsi qu'on le voit dans la figure 13, les coulisses qui supportent les plaques sont munies maintenant de petites saillies, en forme d'ergots, dans lesquelles peuvent s'engager les barres supérieures des ouvertures fenestrées de la pince, dont on écarte par gradations insensibles les bras au moyen d'une vis à pression qui n'existe pas dans le premier modèle de l'instrument.

Comme vous le voyez, cet instrument remplit les mêmes conditions que celui dont le professeur Jurass, de Heidelberg, s'est à diverses reprises, servi avec tant d'avantages; mais, ainsi que l'on peut s'en assurer, il est moins compliqué, plus léger et par conséquent plus aisément supporté par le patient. Je l'ai déjà utilisé sur six sujets, et chaque fois avec de bons résultats. Vous remarquerez qu'en vue de diminuer autant que possible la sensation toujours pénible, quoi qu'on fasse,

(1) La figure 18, représentant la mentionnière, est utilisée également pour montrer l'aspect qu'offre le redresseur de la cloison nasale, une fois effectué le rapprochement de ses plaques.

qui résulte du contact prolongé avec les parois de la cloison, des plaques qui y sont adossées, j'ai fait appliquer sur la surface interne de ces dernières un feuillet de gomme ayant environ l'épaisseur d'un millimètre.

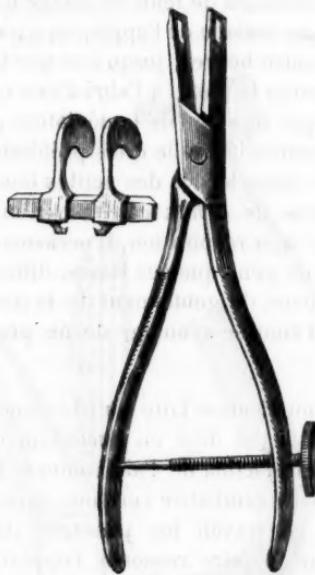


Fig. 18.

Une fois le nez redressé et avant qu'il ne se soit gonflé sous l'influence de l'irritation produite par l'opération, j'ai soin d'en prendre exactement le moule, que je prolonge jusqu'à la racine des cheveux, tout en ayant soin d'autre part, de laisser à découvert les ouvertures des narines.

Ce moule fait avec de la *gutta-percha* préalablement ramollie dans l'eau chaude, présente une fois refroidi, une très grande rigidité. Il servira, après l'enlèvement des plaques (du deuxième au troisième jour), à maintenir l'organe dans la situation acquise. On l'applique à la façon d'un faux-nez de carnaval. Une bandelette faisant le tour de la tête passe sur le milieu de ce faux-nez et sur sa partie frontale et en prévient le déplacement.

Pour assurer le succès de l'opération, il est parfois utile de modifier ultérieurement la forme du faux-nez, en lui imprimant par exemple une direction opposée à celle qu'il s'agit de combattre l'organe.

Il n'est pas nécessaire de tenir ce moule à demeure, mais on recommande au malade de l'appliquer à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, jusqu'à ce que la complète consolidation du septum le mette à l'abri d'une récidive.

Chaque fois que le siège de la déviation permet l'emploi de cet appareil contentif, je le crois préférable à l'introduction consécutive dans le nez des petites lames d'ivoire qui ont été conseillées de divers côtés; car malgré l'entrave apportée par lui à la respiration, il occasionne évidemment beaucoup moins de gêne que ces lames, difficiles d'ailleurs à introduire en raison du gonflement de la muqueuse nasale, et de plus il a l'énorme avantage de ne provoquer aucune douleur.

Dans une communication faite au troisième congrès otologique de Bâle (1), j'ai déjà eu l'occasion de signaler les avantages de la raréfaction de l'air contenu dans le conduit auditif externe pour combattre certaines formes de surdité.

J'emprunte à ce travail les passages suivants qui me semblent de nature à faire ressortir l'opportunité d'utiliser un petit appareil (fig. 14) construit en premier lieu, sur mes indications, par M. Oscé, de Bruxelles, en 1879, et dont il existe actuellement plusieurs modèles.

« La raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe ne constitue pas, tant s'en faut, une méthode thérapeutique nouvelle, puisque l'on trouve des traces de son emploi dès le milieu du siècle dernier; mais, à vrai dire, elle était tombée dans l'oubli le plus complet, lorsque dans ces derniers temps MM. Moos, Lucæ, Politzer et, à leur suite, bien d'autres encore, sont venus, tour à tour, en démontrer les avantages contre certaines formes de la surdité et contre les bourdonnements.

De tous les appareils qui ont été préconisés pour utiliser

(1) Sur la thérapeutique de la sclérose de l'oreille moyenne.

ce mode de traitement, il n'en est qu'un qui, à mon avis, réunisse jusqu'à un certain point les qualités requises : c'est le spéculum pneumatique de Siegle, par la raison que, seul, il permet au médecin de contrôler du regard les effets produits par la raréfaction, et d'en graduer, par conséquent, avec précision, l'action sur la membrane du tympan.

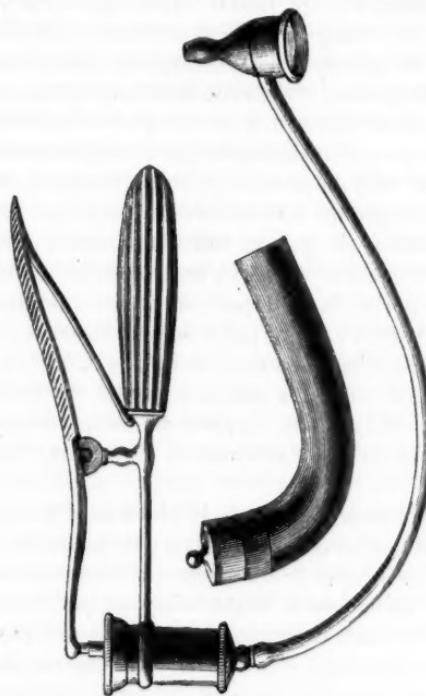


Fig. 11.

Néanmoins, cet appareil, parfait au point de vue du rôle auquel il est plus particulièrement destiné, celui de constater le degré de mobilité dont jouit le tympan et de déterminer les points où, le cas échéant, cette mobilité est entravée ou entièrement abolie, ne possède pas, sous sa forme actuelle, les qualités voulues pour en faire un bon raréfacteur. En effet, dès qu'il s'agit de produire, en vue d'un but thérapeutique,

un degré de vide assez considérable dans l'oreille externe, la succion au moyen de la bouche ne suffit pas, sans compter qu'au delà de certaines limites cette succion devient très pénible et a l'inconvénient de provoquer dans la cavité buccale de l'opérateur une exsudation sanguine proportionnée à la fermeté plus ou moins grande de ses gencives. Aussi, en vue de remédier à cet inconvénient, qui n'est pas le seul d'ailleurs, on a songé à faire manœuvrer l'appareil sans le secours de la bouche, en le mettant en communication avec un ballon de gomme. Cela vaut beaucoup mieux sans contre-dit, mais encore faudrait-il que les parois du ballon eussent une grande force d'expansion et par conséquent une épaisseur considérable, afin de pouvoir produire, en revenant sur elles-mêmes, le degré de vide nécessaire pour agir efficacement sur la membrane du tympan dans bon nombre de cas.

De là le conseil de se servir pour ces cas d'une seringue de forme spéciale à la façon du professeur Moos, ou du pneumatic-tractor imaginé par le docteur Woakes, de Londres, modes de procéder qui auront donné, je n'en doute pas, de bons résultats entre les mains exercées de ces praticiens distingués, mais d'une application trop dangereuse en somme, pour qu'il soit souhaitable d'en voir l'usage se généraliser.

Un spécialiste américain, le Dr Horward Pikney, est, à ma connaissance, celui qui a touché de plus près à la solution du problème, en mettant le spéculum de Siegle en relation avec une pompe stomacale à double soupape par l'intermédiaire d'un long tuyau en caoutchouc. Ici du moins, quoique d'une façon très imparsitaire encore, se trouvent réunis les deux éléments sans lesquels il ne peut exister de raréfacteur réellement pratique, c'est-à-dire rendant possible, d'une part, l'inspection des parties sur lesquelles on agit, et mettant, d'autre part, à la disposition de l'opérateur, un moyen puissant de pratiquer le vide.

Mais si l'on tient compte de la disproportion qui existe ici entre l'espace où il s'agit de faire le vide et les dimensions de la pompe qui doit servir à l'opérer, si l'on réfléchit en outre à la quasi impossibilité de graduer convenablement les

effets de la raréfaction, car l'emploi de ce volumineux appareil exige le concours de deux personnes, l'une pour observer le tympan, l'autre pour manœuvrer la pompe plus ou moins rapidement, selon les indications fournies par la première, on concevra combien il doit être malaisé, dans ces conditions, d'atteindre le but sans le dépasser. Et cependant, malgré les imperfections de cet appareil, M. Pikney déclare lui être redévable de trois succès remarquables, qui rencontrent, il est vrai, l'incrédulité absolue de l'auteur de la note où je puise ces renseignements (1), mais qui, d'après ce qu'il m'a été donné de constater moi-même, me semblent, *a priori*, dans la limite des faits possibles.

Malgré sa forme peu bienveillante, la note à laquelle je viens de faire allusion, me détermina à réaliser une idée que je nourrissais depuis longtemps déjà et c'est ainsi qu'est né l'instrument auquel j'ai donné le nom de raréfacteur.

Il se compose d'un corps de pompe aspirante fixé à un manche et qui se manœuvre à l'aide d'un levier. Le levier et le manche sont perpendiculaires à l'axe de la pompe et sont maintenus écartés dans la position de repos par un ressort que l'on bande à chaque coup de piston. Chaque pression exercée par la paume de la main sur le levier, provoque une succion qui ouvre la soupape inférieure du corps de pompe et ferme la soupape ménagée dans le piston. Chaque mouvement en sens contraire, déterminé par le ressort, donne lieu à la fermeture de la première soupape, l'ouverture de la seconde et l'expulsion de l'air aspiré dans le corps de pompe. Celui-ci est relié par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc à une loupe pneumatique (2).

(1) *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, p. 111; 1874.

(2) Cette loupe, construite en corne de buffle ou en caoutchouc durci, est munie d'un écran circulaire dépassant de deux centimètres environ le niveau supérieur du verre oblique, qui fait office d'oculaire, afin d'empêcher l'accès sur celui-ci des rayons lumineux latéraux et éviter ainsi autant que possible le miroitement qui entrave l'examen du fond de l'oreille.

La canule qui termine la loupe devant être de calibre proportionné à l'ouverture de l'oreille il est nécessaire d'en posséder de différents diamètres, pouvant aisément se substituer les unes aux autres au

C'est une miniature, comme vous le voyez, de l'appareil du Dr' Pilkney, et, par le fait précisément de ses minimes proportions et de l'avantage de pouvoir, grâce au levier dont il est muni, être manœuvré aisément par le médecin lui-même, il échappe aux reproches formulés plus haut.

Quoique utilisant une loupe pneumatique analogue à celle de Siegle, le raréfacteur n'agit pas tout à fait de la même façon, je dirai même qu'à un certain point de vue, son rôle est plus limité, puisqu'il ne peut servir à produire alternativement le vide et la condensation de l'air dans l'oreille externe, à moins toutefois de supprimer le jeu de soupape dont sa pompe est munie, ce qui transformerait celle-ci en une véritable seringue.

Heureusement, il est facile de suppléer à ce desideratum, en ménageant à l'air extérieur un accès suffisant dans le conduit pour y rétablir rapidement, entre chaque aspiration de l'appareil, la pression atmosphérique normale, de façon à refouler aussitôt le tympan attiré vers l'extérieur sous l'influence du vide.

Le raréfacteur peut non seulement, grâce à ce petit expédient, se substituer dans la pratique au speculum de Siegle, mais il répond à des besoins beaucoup plus étendus, car, ainsi que je l'écrivais, il y a quelque temps, à mon excellent confrère et ami, le Dr' V. Bremer, de Copenhague, en lui adressant des reproductions photographiques d'instruments se rapportant à notre spécialité, je m'en sers aussi pour relâcher ou pour rompre les adhérences pathologiques contractées par la membrane du tympan et vaincre la rigidité des osselets. Je dispose, en effet, grâce à la petite pompe aspirante dont est muni l'appareil, d'un moyen puissant de faire le vide dans le conduit, tout en étant maître de gra-

moyen d'un pas de vis. Grâce à sa forme conique, la canule pénètre facilement dans le conduit, aux parois duquel elle s'adapte exactement. Cependant si, en raison de la présence de poils rigides à l'entrée du méat ou de la conformation de ce dernier, l'occlusion hermétique ne pouvait être obtenue, il suffirait, pour parer à cette éventualité, d'enduire d'une couche de pomade quelconque la surface de l'extrémité conique avant de procéder à son introduction.

duer — et beaucoup mieux, sans contredit, qu'à l'aide du ballon de gomme qui, dans certains appareils, remplace la succion par la bouche — le degré de raréfaction que je veux y produire. Il me permet d'opérer le vide d'une façon douce et progressive ou bien d'obtenir, en un ou deux coups de piston, une raréfaction suffisante pour déterminer un véritable effet de ventouse. Aussi, n'est-il pas rare de voir se former des ecchymoses et même de petites extravasations sur les parois du conduit et la surface du tympan, quand j'agis en vue de soulever brusquement cette membrane, façon de procéder qui, quoi qu'on en puisse penser de prime abord, m'a donné, en raison de l'instantanéité de la secousse, de bien meilleurs résultats souvent que la raréfaction progressive. Bien plus, il m'est arrivé maintes fois de provoquer des déchirures du tympan, mais ces accidents, je l'affirme, n'ont jamais eu de suites regrettables, je dirai même qu'ils ont parfois paru exercer une heureuse influence sur la portée de l'ouïe.

Pour transformer l'appareil en sangsue artificielle, qui peut rivaliser en efficacité avec la sangsue d'Heurteloup, il suffit de remplacer la loupe pneumatique par un tube en verre recourbé, muni à une de ses extrémités d'un bouchon de gomme, renfermant une soupape supplémentaire, afin d'assurer la stabilité du vide produit par la pompe (voir *fig. 14*). Grâce à sa courbure, le tube peut être appliqué sur l'apophyse mastoïde, tandis que le malade tient la tête verticalement, à la condition, bien entendu, de diriger en haut la portion de ce tube à laquelle est adaptée la soupape et éviter ainsi que cette dernière ne soit souillée par le sang. »

L'instrument auquel je passe maintenant est destiné à déblayer l'espace rétro-nasal des végétations adénoïdes qui se rencontrent fréquemment en cet endroit et dont M. Wilhem Meyer, de Copenhague, a été le premier à faire ressortir l'importance pathologique.

Cet auteur a parfaitement établi, chose que l'on ne soupçonnait même pas avant sa remarquable étude sur le tissu adénoïde rétro-nasal, que la prolifération exagérée de ce

tissu constitue non seulement un obstacle plus ou moins complet à la respiration par la voie du nez et à la pureté de la phonation, mais est aussi une cause très fréquente d'affections catarrhales et purulentes de l'oreille moyenne, d'une ténacité toute particulière. Il donne à l'appui de sa manière de voir une nombreuse série d'observations, concernant des individus chez lesquels l'éloignement opératoire du tissu en question, a suffi, sans intervention directe sur l'oreille, pour rétablir le fonctionnement normal de cet organe.

Mais si M. Meyer a bien indiqué la cause du mal, le traitement qu'il propose pour en triompher ne compta dès l'abord que peu de partisans, malgré les succès éclatants qu'il en a obtenus. Voici d'ailleurs comment il procède : il fait pénétrer par une des fosses nasales jusqu'au siège de la tumeur, une longue tige en métal se terminant par un anneau à bords tranchants. Un doigt introduit dans la région supérieure du pharynx par la voie de la bouche, présente successivement au taillant de l'instrument des portions du tissu à enlever. Cette méthode ne laisse pas, quoi qu'en dise M. Meyer, d'être d'une application très pénible pour le malade.

De même que beaucoup d'autres de mes confrères j'ai cherché à perfectionner ce manuel opératoire, et c'est ainsi que j'en suis arrivé à faire construire mon adénotome à coulisse (*fig. 15*). Son mécanisme est calqué exactement sur celui de la petite pince à coulisse (*fig. 4*) à laquelle peut aussi s'appliquer la description suivante, sauf bien entendu, en ce qui concerne les changements introduits dans la forme de la tige pour répondre à la nouvelle destination de l'instrument, et les plus grandes dimensions qu'il a fallu lui donner.

L'adénotome se compose d'un manche vertical, supportant à angle droit, un tube à coulisse, dont la manœuvre fait, au moyen de tiges convenablement disposées, serrer ou desserrer à volonté les mâchoires de la pince.

Le manche contient lui-même : une poignée que l'opérateur tient d'une main et le support du tube à coulisse. Cette dernière pièce est fendue latéralement et de haut en bas, d'une fenêtre destinée à loger deux leviers articulés se com-

mandant par deux dents d'engrenage taillées sur leurs contours. L'un d'eux se termine par une manette qui, rapprochée de la poignée, agit sur le tube à coulisse par l'intermédiaire du levier.

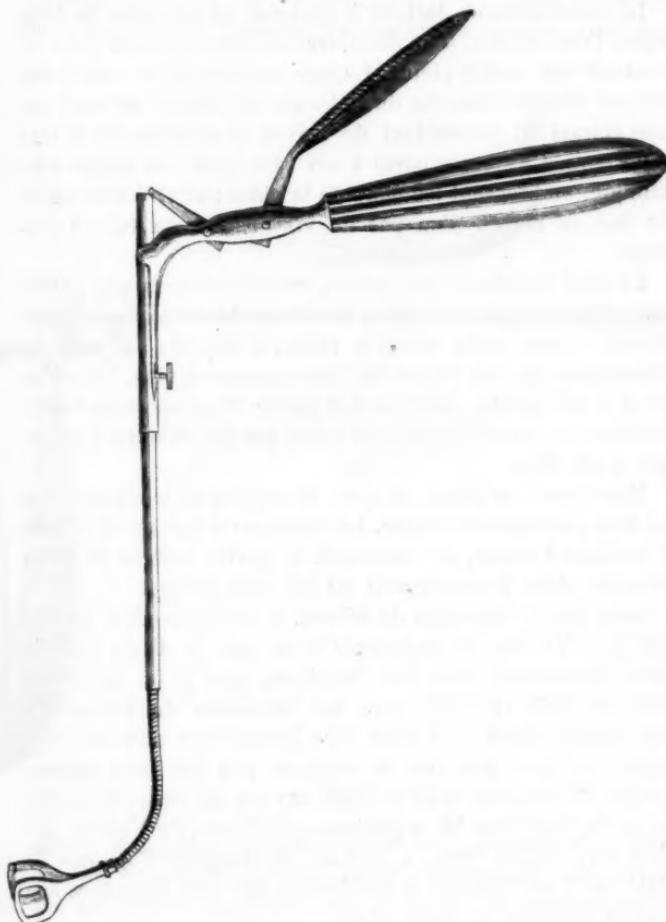


Fig. 45.

Le tube soutenu seulement par une douille, est libre de

s'y mouvoir à frottement doux. Il contient un ressort à bou-din qui, lorsque la pression cesse sur la manette, ramène toujours l'instrument à sa position initiale, correspondant à celle de la pince ouverte.

Le prolongement du tube à coulisse se compose de deux tiges, l'une creuse, d'un diamètre intérieur suffisant pour en contenir une autre pleine. La tige extérieure est rigide sur un peu plus de la moitié de sa longueur; elle se termine par une spirale lui permettant de suivre la courbure de la tige intérieure. La spirale porte à son extrémité une bague métallique, embrassant les mors de la pince; l'extrémité rigide se fixe au moyen d'un pas de vis au bout du tube à coulisse.

La tige intérieure est pleine, curviligne vers son extrémité antérieure et terminée à ses deux bouts par une partie filetée. L'une d'elle reçoit la pince, à laquelle on peut par conséquent donner toutes les directions possibles, l'autre se visse à une petite patte faisant partie du support du tube à coulisse, à travers lequel elle passe par une rainure y mé-nagée à cet effet.

En résumé, la pince, sa tige, le support et le manche font un tout parfaitement rigide. Le fourreau à spirale et le tube à coulisse formant, au contraire, la partie mobile de l'instru-ment, dont le maniement est des plus simples.

Sans entrer dans plus de détails, je me bornerai à ajouter que je n'ai rien à retrancher de ce que je disais déjà de mon instrument dans une brochure, que je lui ai consacrée en 1879 (1) bien que les occasions de recourir à son emploi soient pour ainsi dire journalières dans ma pratique; et pour que l'on ne suppose pas que mon amour-propre d'inventeur m'ait avenglé sur ses mérites, je me permets d'ajouter que M. le professeur Politzer, de Vienne, qui s'en sert depuis 1880, a déclaré au Congrès d'otologie de Bâle, qu'il lui donnait la préférence sur tous les autres appareils destinés au même objet.

(1) *Note sur l'adébotome à coulisse (journal de médecine de Bruxelles; juillet 1879)*, parue d'abord en allemand dans *l'Archiv für Ohrenheilkunde*; juin 1879.

M. Walter, fabricant d'instruments à Bâle, m'a suggéré l'idée d'appliquer à l'adénotome un mécanisme analogue à celui qui fait manœuvrer mes étrangleurs à anse rigide. Cet instrument ainsi modifié constitue à mes yeux un progrès réel sur celui que j'ai employé jusqu'ici, d'abord en raison de la facilité avec laquelle une simple pression du pouce fait

Fig. 46.



Fig. 47.

glisser la coulisse, ensuite à cause de la possibilité de donner aux mors de la pince un écartement beaucoup plus grand que par l'autre système, sans exagérer la courbure de la tige de support.

Pour triompher de l'habitude que conservent les personnes opérées de tumeur adénoïde, de respirer par la bouche mal-

gré le complet rétablissement de la perméabilité des fosses nasales, j'utilisse une mentonnière de forme spéciale (fig. 14).



Fig. 18.

Elle se compose d'une poche en peau de chamois destinée à recevoir le menton et se reliant aux deux côtés d'une espèce de coiffe qui s'applique sur la tête par l'intermédiaire de deux rubans élastiques que l'on peut allonger ou raccourcir à volonté pour obtenir le degré de tension jugé opportun.

Placé convenablement, cet appareil engage, plutôt qu'il ne force, la bouche à rester fermée, de façon que si, en raison d'un cause quelconque, la voie naso-pharyngienne venait à être obstruée, il suffirait d'un petit effort musculaire pour neutraliser l'effet des rubans élastiques et être à même de respirer par la bouche.

Cette mentonnière permet de parler et d'expectorer sans difficulté et, chez les enfants notamment, il me semble plus prudent d'y avoir recours qu'au bandage inextensible de

Lœwenberg, et surtout qu'au *Contra-respirator* de Guye, appareil qui, non seulement ne présente pas les avantages dont nous venons de parler, mais exige, pour agir efficacement, une occlusion absolue de la bouche, condition difficile à obtenir, surtout d'une manière permanente, si j'en juge par mes propres essais.

Les applications froides ou chaudes sur l'oreille sont, comme on sait, formellement indiquées dans certains états pathologiques de cet organe, mais ces applications telles qu'on les pratique usuellement, présentent en général divers inconvénients, dont le principal est de ne pouvoir, qu'au prix de précautions incessantes, entretenir sur la partie malade une température tant soit peu uniforme, condition cependant *sine qua non* au succès du traitement.

Les inconvénients en question n'existent plus lorsqu'on fait usage d'un ingénieux petit appareil de M. Joseph Leiter, fabricant d'instruments à Vienne. Cet appareil, désigné, par son inventeur sous le nom de *Warmeregulator* (1), permet de maintenir un point quelconque de la surface du corps à une température déterminée, froide ou chaude selon la nécessité du cas. C'est un tube de plomb, de 3 à 6 millimètres d'épaisseur, très malléable, et que l'on peut aisément contourner de la manière la plus favorable à l'endroit du corps sur lequel on veut l'appliquer. Une fois posé directement sur la peau et fixé par quelques tours de bande, l'appareil est mis en communication par une de ses extrémités avec un réservoir d'eau, que l'on maintient à la température voulue à l'aide d'une lampe de construction spéciale. L'eau, après avoir parcouru plus ou moins vite, selon l'élévation à laquelle est situé le réservoir, toute la longueur du tube, s'écoule par l'autre bout de celui-ci, prolongé, à l'aide d'un tuyau de gomme, jusque dans le vase destiné à la recevoir.

J'ai pensé qu'à défaut d'un tube de plomb on pourrait

(1) Cet appareil est figuré sous diverses formes dans un article que lui consacre M. le Dr K. Bürkner de Göttingue : *Ueber die Verwerthung des Leiter'schen Wärmeregulators bei der Behandlung von Ohrenkrankheiten.* (*Archiv für Ohrenheilkunde*, 18^e vol. 1884.)

faire à peu de frais un appareil analogue à celui de Leiter, en utilisant un simple tuyau en caoutchouc à parois assez épaisses et possédant une lumière d'un calibre suffisant pour permettre au liquide d'y circuler sans entrave; mais en vue d'éviter les obstructions du tube sur les points où il se replie à angle aigu et lui faire garder en même temps la forme jugée opportune, j'y introduis au préalable un fil de fer galvanisé, qui le parcourt d'une extrémité à l'autre.

Une fois l'appareil préparé, on pourrait en maintenir les différentes parties dans la situation voulue, en les reliant à l'aide de rubans, ainsi que cela se pratique pour celui de Leiter, mais il faudrait beaucoup de temps et de patience pour effectuer la chose convenablement. Le moyen que je vais indiquer est au contraire d'une exécution très rapide et ne laisse rien à désirer sous le rapport de la solidité, quelle que soit la température de l'eau qui circule dans le tube.

Je couvre l'une des faces de l'appareil d'un mince feuillet de gutta-percha, auquel je superpose un morceau de tulle. Cela fait, il suffit d'appliquer sur le tout un fer à repasser modérément chaud pour obtenir par la fusion de la gutta-percha interposée, une cohésion intime entre le tissu et le tuyau de gomme.

S'il ne s'agissait que d'applications froides, on pourrait se borner à cela, mais comme la chaleur détruirait l'adhérence de la gutta-percha, il convient de consolider l'instrument en l'enduisant de collodion assez abondamment pour qu'il en puisse pénétrer entre les circonvolutions du tuyau et les rendre adhérentes entre elles.

Avant de terminer, quelques mots encore au sujet d'un petit appareil, qui a été l'objet d'une communication très flatteuse de la part de M. le professeur Burkhardt-Merian, dans une réunion de médecins-auristes qui s'est tenue à Francfort en mai 1883. Je fais allusion à un tympan artificiel, dont la confection est des plus simples. On place un petit flocon d'ouate à cheval sur l'anse d'un fil de fer replié. Les deux chefs de celui-ci sont ensuite tordus en spirale jusqu'à

ce que la boulette d'ouate soit fortement étreinte ; quelques coups de ciseaux suffisent ensuite pour façonner ce flocon d'ouate selon la forme et les dimensions de la solution de continuité du tympan qu'il s'agit de combler. La tige en spirale est coupée à la longueur voulue et revêtue d'un peu d'ouate, à l'effet d'éviter le frottement du métal contre les parois du conduit.

Après avoir beaucoup utilisé ces tympans artificiels au début de ma carrière médicale, j'y ai renoncé plus tard presque complètement en faveur de petits disques en papier parcheminé ou en gomme, préalablement enduits de vaseline et saupoudrés d'acide borique, lesquels adhèrent, à mon sens, tout aussi bien, sans présenter l'inconvénient de produire du bruit pendant le mouvement de mastication et pendant que l'on parle. Les petits obturateurs d'ouate, cependant, sont très utiles, quand les malades désirent pouvoir se les appliquer eux-mêmes. Ils peuvent également faire l'office de tampons absorbants.

ANALYSE CRITIQUE DES MONOGRAPHIES.

Hay Fever. — *Étiologie et traitement*, par le Dr MORELL-MACKENZIE (Londres, 3^e édition, 1885).

Le savant professeur de Londres vient de publier sous ce titre une brochure intéressante qui résume parfaitement l'état actuel de la question.

Il définit la fièvre de foin une affection spéciale du nez, des yeux et des voies respiratoires, donnant lieu à de l'asthme et à du catarrhe, causée par l'action du pollen des graminées et des fleurs et sévissant surtout à l'époque de la fenaison. Cette définition précise dénote assez la théorie admise par l'auteur. Une belle planche gravée représente les principales plantes auxquelles on attribue cette affection.

L'historique très complet mentionne spécialement les travaux de Bostock, de Phœbus, de Blackley, de Marsh, de

Daly, etc. M. Mackenzie tient à conserver le mot *idiosyncrasie* pour désigner la sensibilité spéciale des gens atteints de fièvre de foin, ce mot ne préjuguant rien sur telle ou telle théorie. C'est une maladie surtout anglaise et américaine, relativement rare dans les autres pays. Elle sévit principalement chez les gens nerveux appartenant aux classes moyennes et supérieures.

Dans ces dernières années, on a beaucoup insisté sur les théories pathologique et vaso-motrice (Daly, Rue, Harrisson, Allen, etc.) reposant sur l'existence de lésions nasales et sur l'irritabilité réflexe du tissu caverneux des cornets. Mais combien de gens sont atteints de lésions nasales chroniques tout en étant exempt de la fièvre de foin et *vice versa*. D'un autre côté, l'admirable explication du *hay fever* par phénomène réflexe ne nous dit nullement pourquoi le pollen agit sur tel individu et non sur tel autre.

M. Mackenzie, se fondant sur les observations de Backley, ne met pas en doute l'action du pollen des graminées. En Amérique, Marsh admet presque exclusivement l'influence du pollen de l'*Ambrosia artemisæfolia*. L'auteur décrit ensuite avec précision les deux types bien tranchés de l'affection : type catarrhal et type asthmatique. Il insiste sur les signes qui permettent de les diagnostiquer.

Les voyages en mer pendant la saison du *hay fever* sont, à son avis, le meilleur moyen d'éviter l'action du pollen, mais ce n'est pas toujours le plus pratique. Comme prophylaxie, on a vanté le tamponnement des narines et l'occlusion des yeux par de larges lunettes. A la liste des médicaments antispasmodiques et anti asthmatiques bien connus, il faut ajouter les applications nasales de cocaïne. Quant à la galvanocaustie nasale, M. Mackenzie conteste son efficacité malgré le succès de Daly, vu la rareté des lésions nasales dans la fièvre de foin.

A la fin de l'opuscule on trouve quelques observations américaines d'une affection analogue, mais plus rare, le *Rose cold* ou *Coryza a rosarum odore*.

J. GAREL.

Sur le développement de l'épithélium et des glandes du larynx et de la trachée chez l'homme, par M. F. TOURNEX (*Société de biologie de Paris*, séance du 18 avril 1885, p. 250).

Les recherches de l'auteur ont porté sur des larynx de fœtus depuis deux mois jusqu'à la naissance et six mois ensuite : à deux mois les parois du larynx sont encore soudées, à ce moment l'embryon a une hauteur de 18 millimètres ; quand la hauteur est de 32 à 40 millimètres, la lame épithéliale antéro-postérieure comblant la fente glottique est creusée sur la ligne médiane de petites excavations, prélude d'une division prochaine, qui se fait au moment où l'embryon a une hauteur de 6 à 8 centimètres. A ce moment l'épithélium de la trachée, à forme prismatique stratifiée, est déjà surmonté de cils vibratiles ; sur la face glottique des cordes inférieures, l'épithélium est pavimenteux, stratifié. Chez le fœtus de 8 à 11 centimètres, l'épithélium cilié du larynx n'a pas augmenté d'épaisseur, mais il envoie dans le tissu sous-jacent des bourgeons creusés en doigt de gant, origine des glandules du larynx. Chez le fœtus de 10 à 14 centimètres, les bourgeons glandulaires se sont allongés et quelques-uns traversent le fibro-cartilage de l'épiglotte. Chez le fœtus de 16 à 23 centimètres, l'épithélium prismatique cilié et le pavimenteux qui recouvre la corde vocale inférieure se sont épaissis notablement, mais le chorion sous-jacent de ces dernières est encore lisse et on ne voit pas d'élevures papillaires. Les bourgeons glandulaires plus nombreux sont ramifiés par leur extrémité profonde. A une période plus avancée, l'épithélium devient encore plus épais ; au moment de la naissance, l'épithélium pavimenteux de la face glottique des cordes vocales inférieures empiète sur la face ventriculaire, mais il est moins épais que le prismatique cilié des autres parties, il n'y a pas encore de papilles, ces dernières ne commencent à se développer que huit jours après la naissance et ne sont bien nettes que six mois ensuite.

A. G.

Anatomie pathologique du larynx lépreux, par H. LELOIR
(Société de biologie de Paris, 18 juillet 1885).

La lésion diffuse de toute la muqueuse laryngienne, que l'auteur appelle le léprome s'étale dans tout le derme muqueux du larynx, de l'épiglotte en particulier, et la coupe du léprome présente assez bien les caractères histologiques d'une laryngite scléro-gommeuse ; en quelques points il subit par îlots une dégénérescence caséeuse, aboutissant à la formation d'ulcérations superficielles de la muqueuse laryngée, analogues à celle de la tuberculose. A la surface de la muqueuse, on voit une grande quantité de petites végétations pédiculées, donnant à la muqueuse un aspect vilieux. L'épithélium est en général très atrophié ou même tombé dans des stades plus avancés. Dans d'autres cas l'infiltration lépreuse se faisait par îlots, et l'épaississement était dû à une sorte d'œdème dur ambiant. Leloir a pu constater des bacilles dans l'intérieur des vaisseaux sanguins ou des lymphatiques dilatés des larynx ainsi affectés. Ces préparations montrent que l'épithélium lorsqu'il existe encore ne contient pas de bacilles : de même les cartilages qui ont toujours été trouvés intacts.

Les ganglions lymphatiques, où aboutissent les vaisseaux, sont atteints et pleins de bacilles, fait, dit l'auteur, déjà bien décrit par Cornil.

A. G.

Syphilides papulo-érosives hypertrophiques des conduits auditifs externes, par le Dr NOQUET, de Lille (*Société française de laryngol. et d'otol. d'avril 1885*).

A propos d'un cas de ce genre, l'auteur s'est livré à des recherches bibliographiques qui lui ont montré la rareté excessive du fait clinique. Dans celui de Noquet, la syphilide était très considérable, et baignée par un écoulement purulent abondant, les conduits auditifs étaient presque obliterés et l'ouïe très obtuse, toutefois la perception crânienne est normale. Le malade avait eu à deux reprises une affection des conduits auditifs, les douleurs et irradiations douloureuses étaient très violentes et les cautérisations déterminèrent de

véritables accès épileptiformes. Malgré cela ce traitement fut continué, mais avec ménagement, en même temps que la médication hydrargyrique. Les cautérisations furent pratiquées avec le nitrate d'argent, le sublimé n'était pas toléré. Le traitement dura 3 mois environ, et la guérison eut lieu d'avant en arrière; près de la membrane du tympan, les syphilides eurent une durée assez opiniâtre, enfin les douleurs disparaissent et l'ouïe redevint meilleure.

Cette observation démontre bien, contrairement à ce que dit Politzer, que le pronostic des syphilides doit être fort réservé; ainsi Stoehr aurait constaté après la guérison des condylomes un rétrécissement annulaire du conduit auditif dans sa portion osseuse et une diminution persistante de l'ouïe, du reste dans le fait ci-dessus, l'ouïe est restée atteinte et les conduits auditifs sont rétrécis au fond. Knapp a vu dans un cas le tympan perforé: l'auteur n'a pu vérifier l'état de cette membrane. Enfin Noquet fait remarquer que les observateurs n'ont pas constaté habituellement l'envahissement entier du conduit auditif externe.

A. G.

Aphonie simulée et nerveuse chez des enfants, par E.-J. Moure (*Société française de laryngologie et d'otologie*, 3 avril 1885).

Travail basé sur deux cas d'aphonie nerveuse, survenue consécutivement à une rougeole et où la simulation peut être dévoilée par l'examen laryngoscopique; les cordes vocales intactes étaient animées des mouvements habituels. A. G.

Cocaine et chorée du larynx, par le Dr F. MASSEI, de Naples (*Société française de laryngologie et d'otologie*, avril 1885).

L'auteur cite un fait de chorée du larynx, datant de près de 2 ans, rebelle à tout traitement matériel et moral et qui céda au badigeonnage laryngien, pratiqué pendant 13 jours, avec une solution très forte de chlorhydrate de cocaïne, au 1/5°.

A. G.

Deux cas de corps étrangers dans l'oreille, par le Dr DELIE, d'Ypres (*Société française de laryngologie et d'otologie*, 3 avril 1885).

L'auteur cite deux cas de corps étrangers dans le conduit auditif externe, l'un constitué par du cerumen, l'autre par un ver blanc, introduit brusquement. Les symptômes nerveux concomitants étaient d'une violence telle que les malades se seraient suicidés. Les accidents disparurent après l'extirpation. Le ver blanc fut extirpé au moyen d'une pince recourbée.

A. G.

Deux corps étrangers de l'oreille, par NOQUET, de Lille (*Société française de laryngologie et d'otologie*, 3 avril 1885).

Dans ces deux observations de corps étrangers, la douleur était à peu près nulle, il n'y avait que de la gêne et un trouble de l'audition, mais sans que la perception crânienne fut abolie : à ce propos l'auteur fait observer que les corps étrangers peuvent rester fort longtemps dans l'oreille et être difficiles à reconnaître, en raison de la grande quantité de cerumen qui les environne. Le traitement employé dans un des cas du Dr Noquet, consista en injection d'eau savonneuse.

A. G.

Corps étrangers dans l'oreille, par DUHOURCAU, de Cauberts (*Société française de laryngologie et d'otologie*, 3 avril 1885).

Ici il s'agit d'un insecte tombé dans l'oreille, pendant le sommeil et dont l'introduction fut suivie de phénomènes nerveux, d'une violence inouïe. L'instillation de deux gouttes de chloroforme, *dans le but de calmer la douleur*, fit en effet cesser cette dernière et une irrigation tiède amena la chute de l'insecte au dehors. Comme le fait observer l'auteur, à juste titre, le chloroforme agit ici, non comme calmant, mais en tuant l'insecte qui de la sorte fut éliminé facilement. A. G.

Des gommes du tympan, par BARATOUX (*Société française de laryngologie et d'otologie*, 3 avril 1885).

Le cas qui fait l'objet de cette communication a été observé dans le service du Dr Besnier, à l'hôpital Saint-Louis; une femme atteinte de gommes de la joue, de la région mastoïdienne, du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe, a constaté une diminution de l'ouïe surtout à droite. A l'examen du tympan, on voit à la partie postero-inférieure une petite tumeur ovoïde saillante, à grand diamètre, dirigée en bas et en avant, opalescente et à bords nettement limités. En avant du manche, au niveau de son extrémité inférieure, existe une exulcération arrondie, à bords saillants. Le tympan n'est pas perforé, il n'est pas altéré dans sa coloration, et n'est point enflammé. Les jours suivants la tumeur s'ouvre à son sommet et on voit sortir quelques gouttes de pus rougeâtre, sanieux, l'ulcération s'agrandit les jours suivants : pendant ce temps la petite exulcération se cicatrisait sans trace de perforation. Le tympan opposé est sclérosé à la partie postérieure ; à la partie inférieure près du cadre osseux, on voit une petite perforation, d'où s'écoule un peu de pus.

La guérison fut rapide, sous l'influence du traitement spécifique.

L'auteur termine en disant qu'il n'existe pas à sa connaissance de cas de syphilides du tympan. A. G.

Des éléments ordinaires, qui entrent dans la constitution des états morbides du larynx, dévoilés surtout par les eaux sulfureuses, et en particulier par les eaux de Cauterets, par le Dr SÉNAC-LAGRANGE (*Société française de laryngologie et d'otologie*, 3 avril 1885).

Sous ce titre, le Dr Sénac étudie les troubles fonctionnels qui peuvent accompagner les lésions laryngiennes, ou même être absolument isolés, ainsi que leurs relations avec certains états diathésiques, en même temps que l'influence des eaux sulfureuses sur ces divers états. Ainsi l'asthénie ou parésie laryngienne, cause d'enrouement et d'aphonie plus ou moins prolongés, est produite aisément par le lymphatisme, et les eaux sulfureuses, dans ce cas, ont un succès presque cer-

tain. Quelquefois cette asthénie alterne avec du spasme, c'est l'arthritisme, qui alors est en cause et la médication sulfureuse est loin d'être aussi efficace. Les hémorragies, dit Sézac-Lagrange sont du domaine du lymphatisme, la congestion et l'irritation laryngienne sont le résultat de l'arthritisme : toutefois la congestion peut se manifester chez les lymphatiques, elle est passive alors et facile à amender par les eaux sulfureuses, qui la mettent en évidence, de sorte que, chez les malades, la médication sulfureuse serait en quelque sorte une pierre de touche du diagnostic, et une nécessité thérapeutique en raison de la guérison qui suit ces sortes de poussées thermales. Si dans le cours de la médication, du spasme survient soit sous forme de toux opiniâtre, d'accès d'asthme, ou de pharyngisme, on pourra affirmer que l'arthritisme est la cause de ces manifestations. En somme, le type lymphatique est tributaire de la médication sulfureuse, le type arthritique lui est au contraire réfractaire.

A. G.

Du pronostic et du traitement du coryza atrophique ou ozène, par le Dr E.-J. MOURE (Société française de laryngologie et d'otologie, 3 avril 1885).

Après avoir rappelé les théories de Zaufal, de Michel de Cologne, de Zuckerkandl et de Gottstein, l'auteur se rattache à la dernière, qui fait de l'ozène une affection glandulaire suivie d'hypertrophie de la muqueuse et finalement d'atrophie et de dilatation des cornets. Il n'admet pas l'incurabilité de l'ozène, même atrophique, et il pense que par le temps, le progrès de l'âge et une thérapeutique opiniâtre, on peut arriver à une guérison : il propose : 1^o l'emploi des douches nasales bicarbonatées, chloratées ou chlorurées pour ramollir les croûtes, puis des irrigations antiseptiques avec médicaments variés, enfin les pulvérisations astringentes, et une médication générale par l'huile de morue ou l'iodure de potassium, l'usage des eaux thermales pyrénéennes et le séjour au bord de la mer.

A. G.

De l'emploi de l'aluminium-acetico-tartaricum et de l'aluminium-acetico-glycerinatum dans les affections du nez, par le Dr MAX SCHOFFER, de Brême (*Société de laryngologie et d'otologie*, 3 avril 1885).

Ces médicaments très solubles dans l'eau, sont insolubles dans l'alcool, l'éther ou la glycérine; les solutions se conservent très bien pendant un temps fort long; ces solutions doivent toujours être employées à froid, et conservées dans des vases bien clos, à cause de l'évaporation des médicaments. Ces médicaments essayés par l'auteur et Lange, de Copenhague ont donné d'assez bons résultats, mais leur application est assez irritante; l'auteur pense qu'ils doivent être préférés, en raison de leur innocuité, aux préparations phéniquées.

A. G.

Phtisie laryngée, traitée par les eaux sulfureuses et la trachéotomie, par le Dr DUHOURCAU, de Cauterets (*Société française de laryngologie et d'otologie*, 4 avril 1885).

Observation d'un malade en traitement à Cauterets et atteint d'une phtisie laryngée grave; une poussée aiguë survenue à la fin de la cure thermale provoqua des accès de suffocation tels que la trachéotomie fut pratiquée; le malade succomba assez rapidement. Suivent quelques réflexions sur l'influence des eaux sulfureuses sur la tuberculose laryngienne et les indications de la trachéotomie, les premières donnant lieu à une discussion assez longue.

A. G.

Société de laryngologie.

Séance du 3 avril (2^e séance).

M. MOURA ouvre la séance à 8 h. 20 et invite les membres présents à procéder à l'élection d'un président pour la séance.

M. Miot, nommé président, prend place au fauteuil, remercie la société de l'honneur qu'elle lui a fait et donne la parole à M. Gellé.

1^o M. GELLÉ. — Valeur de l'épreuve des pressions centripètes. Réponse aux critiques de Politzer.

2^e M. MOURE.

A. Du pronostic et du traitement de la rhinite atrophique ou ozène.

M. DELIE. — Voici le traitement que j'emploie dans le cas d'ozène.

Je fais faire au malade de grands lavages par le procédé de Weber. Puis quand le nez est bien nettoyé, je lui introduit dans la ou les narines malades un tampon d'ouate imbibé de teinture d'iode ou si le malade est très susceptible, un tampon d'ouate iodée entouré d'une couche légère d'ouate ordinaire.

Au bout de vingt-quatre heures la muqueuse nasale est devenue blanche et l'odeur a disparu. Ce traitement doit être continué fort longtemps.

Chez un jeune homme qui l'a suivi rigoureusement pendant 5 mois, la punaisie a disparu et ne s'est pas montrée depuis.

Je pense que les vapeurs d'iode agissent sur la muqueuse des cornets supérieurs et moyens.

M. GARIGOU. — Depuis longtemps déjà je traite l'ozène par l'électrolyse. S'il y a catarrhe hypertrophique, je place le pôle négatif dans la narine. S'il y a catarrhe atrophique, c'est le pôle positif.

Invité par M. Delie à expliquer le mode d'action de l'électrolyse, M. Garigou dit que sous son influence la muqueuse se régénère et qu'elle subit une sorte de bourgeonnement.

M. NOQUET emploie les douches de Weber avec du chlorate de potasse, des pulvérisations antiseptiques, les cautérisations au galvano-cautère et le sulfate d'atropine en injections hypodermiques.

Il a obtenu une guérison qui persiste depuis six mois.

M. AYSGUER. — Chez un malade auquel j'ai enlevé une quantité considérable de polypes, j'ai vu survenir un ozène quand les fosses nasales sont devenues très larges par le fait de leur désobstruction. Le traitement mécanique a beaucoup plus d'importance que la galvano-caustique.

M. MOURA. — Je pense que le courant d'air desséchant les

mucosités les transforment en croûtes et qu'il y a beaucoup de malades qui sentent mauvais sans avoir pour cela un véritable ozène.

M. BOUCHERON. — Pour ce qui est de la nature et de la cause de l'ozène, je partage absolument les idées de M. Löewemberg.

Le microbe (*coccus*) décrit par cet auteur peut très bien amener dans l'épaisseur de la muqueuse nasale ou des sinus la production d'ulcérations qui ultérieurement en se cictrissant en amènent l'atrophie.

La nature parasitaire de la maladie explique les succès obtenus par M. Delie, l'iode étant un excellent antiséptique.

Le tampon agirait en filtrant l'air.

B. — Sur un cas d'aphonie simulée, et un cas d'aphonie nerveuse chez un enfant.

3^e M. NOQUET. — Un cas de syphilomes des conduits auditifs.

M. BARATOUX pense que les affections auriculaires antérieures prédisposent aux localisations syphilitiques dans l'oreille. Il est d'avis de joindre au traitement général des attouchements au nitrale d'argent, au nitrate acide de mercure.

M. GOUGUENHEIM fait observer, que d'après son expérience acquise à l'hôpital Lourcine, ces syphilides du conduit auditif externe doivent être fort rares.

M. GARIGOU en a vu plusieurs exemples dans le service de M. Péan au même hôpital.

4^e M. DELIE. — Deux cas de corps étrangers du conduit auditif externe.

Tous les deux ont été enlevés au moyen d'injection d'eau tiède.

5^e M. NOQUET. — Deux corps étrangers du conduit auditif externe.

M. MÉNIÈRE. — On ne peut trop protester contre les tentatives opératoires que le premier venu se croit autorisé à faire pour extraire les corps étrangers du conduit auditif externe. Dans bon nombre de cas on dilacère le paroi du

conduit ou la membrane. Dans une pratique de 30 années son père n'a eu qu'une seule fois recours à un instrument pour extraire un corps étranger. Dans ma pratique qui a déjà 18 années, je n'y ai eu recours qu'une seule fois également.

MM. MOURE et GARIGOU appuient cette manière de voir.

6^e M. DUHOURCAU. Contribution à l'étude des corps étrangers de l'oreille (lue par M. Boucheron).

La société tout entière proteste contre l'usage que M. Duhourcau a cru devoir faire du chloroforme comme topique analgésique dans le conduit auditif.

7^e M. MAX SCHEFFER. — Sur l'aluminium-aceticotartaricum et l'aluminium aceticoglycérinatum.

La séance est levée à 11 heures. HENRI CHATELLIER.

Séance du samedi 4 avril.

La séance est ouverte à 10 heures du matin.

M. SCHEFFER est élu président de la séance et remercie les membres présents de l'avoir désigné pour occuper le fauteuil.

1^o M. URBAN-PRITCHARD fait voir de fort jolies préparations de l'oreille interne.

2^o M. DUHOURCAU (de Cauterets). — Sur un cas de phthisie laryngée. Ce malade, à la fin de son séjour à Cauterets, fut pris d'accidents d'œdème glottique qui nécessitèrent la trachéotomie, opération qui ne put sauver le malade.

M. MOURE fait observer que l'observation de M. Duhourcau est peu faite pour démontrer l'heureuse action des eaux de Cauterets. C'est, en effet, dans les derniers jours de la cure que le malade a été pris des accidents qui l'ont emporté. Peut-être faut-il accuser le séjour dans cette station thermale d'avoir hâté la mort du malade. Ce n'est pas la première fois que l'usage des eaux sulfureuses amène l'aggravation des accidents de la phthisie laryngée. Il repousse également l'usage des cautérisations laryngées.

M. SÉNAC-LAGRANGE (de Cauterets). — Je pense qu'il faut que les tissus puissent supporter l'action substitutive exercée

par les eaux sulfureuses pour que celles-ci puissent être utiles. Je pense que leur emploi doit être limité aux cas dans lesquels la lésion est simplement érythémateuse.

M. MOURE. — La France est le seul pays où l'on emploie les eaux sulfureuses dans la phthisie laryngée.

M. SÉNAC-LAGRANGE (de Cauterets). — Les eaux sulfureuses agissent surtout sur le tissu sain. S'il n'y a que du tissu malade, la médication sulfureuse est contre-indiquée.

On obtient surtout des succès à Cauterets quand la phthisie a frappé l'état général et quand les lésions locales sont peu accusées.

M. AYSAGUER. — Il faut distinguer. Les malades qui ont des lésions fort peu accusées peuvent tirer profit de l'usage des eaux sulfureuses ; mais il n'en est pas de même, bien au contraire, pour ceux qui ont des lésions avancées. Chez ceux-ci, la marche de la maladie est certainement précipitée par l'usage des eaux sulfureuses.

M. JOAL (du Mont-Dore). — De toute cette discussion, il me semble résulter qu'il n'y a pas une seule forme de phthisie laryngée qui puisse être traitée à Cauterets.

M. SÉNAC-LAGRANGE (de Cauterets). — Je crois pouvoir cependant affirmer que les formes torpides peuvent être améliorées par les cures d'eaux sulfureuses.

M. GOUGUENHEIM. — A mon sens, le séjour dans une station thermale sulfureuse doit être rigoureusement interdit aux malades atteints de phthisie laryngée à une période avancée.

Au début, le traitement thermal peut être utile ; mais à ce moment le diagnostic est des plus difficiles, ordinairement même incertain, malgré l'examen histologique des crachats ; dans ces conditions le médecin manque des éléments nécessaires pour faire le choix de la station qu'il faudra conseiller.

En tout cas, c'est l'état général du malade qui doit surtout guider le médecin.

Quant à la cautérisation laryngienne avec les substances chimiques, elle est, le plus souvent, inopportune, détermine des spasmes et ne donne guère une amélioration bien nette.

Il en est tout autrement de la cautérisation au galvano-

cautère, qui donne très souvent d'excellents résultats dans les cas de tuméfaction de l'épiglotte et de la région aryténoïdienne.

M. Ch. FAUVEL. — Je suis du même avis que M. Gouguenheim au sujet de la question des eaux sulfureuses. Quant à ce qui est des cautérisations, je suis loin de partager l'opinion émise par M. Moure et je puis affirmer que le galvano-cautère m'a rendu de grands services dans des cas d'ulcéractions tuberculeuses de la langue, du pharynx et du larynx.

M. COUPART a été témoin, à la clinique de M. Fauvel, des cas heureux auxquels il vient d'être fait allusion. De plus, il a très souvent employé avec succès la liqueur de Villate comme topique dans la phtisie laryngée à forme ulcéreuse.

Pour empêcher les malades d'avoir du spasme glottique, après la cautérisation du larynx, il suffit de leur faire aussitôt fermer énergiquement la bouche, en même temps qu'on les engage à respirer doucement par le nez.

3^e M. MASSEI (de Naples). — Sur l'emploi de la cocaïne.

M. CHAUVEL. — L'effet de la cocaïne s'épuise assez rapidement. Dans un cas de chorée du larynx que j'ai eu à traiter, le malade n'en éprouvait plus aucun soulagement. J'engageai le malade à changer d'air et il guérit spontanément.

M. GAREL a guéri une malade atteinte de chorée du larynx par des pulvérisations d'éther.

M. AYSAGUER a vu de l'abattement survenir à la suite d'applications de cocaïne pendant plusieurs jours.

M. MOURE fait observer que le traitement purement local a peu de chances de succès contre cette maladie, qui est de nature hystérique, et, par conséquent, essentiellement générale.

M. JOAL a produit la cessation de la toux hystérique en menaçant les malades de les brûler au fer rouge.

M. COUPART fait cesser les accès de toux en fermant énergiquement la bouche des malades et en les faisant respirer par le nez.

M. Ch. FAUVEL. — Le chlorhydrate de caféine a, dit-on,

les mêmes propriétés anesthésiques que celui de la cocaïne. Les malades préfèrent en général les applications d'alcoolature de coca, qui ont l'avantage de ne pas donner la sensation de suffocation comme la cocaïne, et qui coûtent beaucoup moins cher.

M. GOUGUENHEIM a employé l'extrait de coca; son action s'épuise très vite. Quant à la cocaïne, il ne faut l'employer ni trop longtemps ni trop souvent chez le même malade.

La séance est levée à 11 heures et demie.

HENRI CHATELLIER.

PRESSE ÉTRANGÈRE. — SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES.

SEPTIÈME CONGRÈS ANNUEL

DE L'ASSOCIATION AMÉRICAINE LARYNGOLOGIQUE.

Le septième congrès annuel de l'Association américaine de laryngologie vient d'avoir lieu, en juin dernier, dans la ville de Détroit.

Il était présidé par le Dr Shurly qui, après avoir souhaité la bienvenue à tous les membres de l'Association, a lu le premier une communication sur *l'emploi de l'électricité galvanique dans les affections chroniques du pharynx*.

Déjà, en 1880, l'auteur avait attiré l'attention de l'Association sur ce sujet, notamment en ce qui concerne la pharyngite sèche. Pour le Dr Shurly, certains états du pharynx, tels que l'engorgement chronique, l'hypersécrétion, etc., sont de simples manifestations locales de troubles de l'estomac, de l'intestin ou d'autres organes plus ou moins éloignés. De même, certaines névroses du pharynx, telles que l'hyperesthésie, le spasme et la paresthésie dépendent ou des causes précédentes ou de troubles de l'appareil urinaire et du système nerveux.

Dans ces cas, le traitement local est complètement inutile. Au contraire, l'hypertrophie glandulaire, l'hyperplasie

générale avec hypersécrétion, l'atrophie avec diminution de la sécrétion, etc., constituent des altérations locales dues à une perversion des fonctions de l'appareil nerveux de la région.

L'inflammation seule ne suffit pas à expliquer ces diverses lésions qui seraient dues en grande partie à des troubles trophiques des nerfs : hypoglosse, pneumogastrique et grand sympathique.

Se basant sur cette théorie, l'auteur a employé l'électricité galvanique en applications locales et dit en avoir obtenu de bons résultats dans beaucoup de cas dont nous avons parlé plus haut. Voici comment il procède : après avoir anesthésié la région avec une solution de cocaïne à 4 0/0, il place un des électrodes dans la cavité nasale et l'autre sur la paroi postérieure ou latérale du pharynx. Celui-ci est changé de place de temps en temps, tout en restant appliqué sur la paroi du pharynx. On commence généralement avec deux éléments d'une pile Léclanché, et on augmente progressivement jusqu'à 5. On fait ainsi deux ou trois applications par semaine.

Par ce procédé, l'auteur ne prétend pas naturellement détruire et guérir les processus ulcéreux de la muqueuse pharyngée; mais il dit pouvoir enrayer et empêcher ces métamorphoses à la suite desquelles le tissu glandulaire et les autres éléments normaux de la muqueuse disparaissent.

En électrisant directement les filets terminaux des nerfs, la nutrition et, par suite, la sécrétion normale se rétablissent.

Le Dr F.-H. Hooper, de Boston, fait ensuite une communication très importante sur la fonction respiratoire du larynx de l'homme, qui a été publiée *in extenso* dans le dernier numéro des *Annales*.

Le Dr A. Johnson, de Chicago, lit un rapport sur les troubles moteurs du larynx avec des observations à l'appui, au nombre de 22.

Le Dr William C. Glasgow, de Saint-Louis, lit un travail intitulé : *De certains troubles vaso-moteurs de la muqueuse nasale*. L'auteur pense qu'un grand nombre d'affections na-

sales ne peuvent uniquement être expliquées par un processus inflammatoire.

Les troubles vaso-moteurs jouent dans ces cas le plus grand rôle. Il se produirait, en effet, un véritable spasme artériel dû à une contraction exagérée de la tunique musculaire des vaisseaux, donnant lieu à une exsudation abondante de sérosité et de globules blancs, et, par suite, à une infiltration du tissu caverneux de la muqueuse nasale. La sécrétion glandulaire serait en même temps exagérée. Le traitement viendrait à l'appui de cette théorie, les médicaments vaso-dilatateurs, tels que l'atropine, ayant dans ces cas, suivant l'auteur, une action favorable.

Le Dr John Mackenzie, de Baltimore, fait une communication sur *l'étiologie des affections inflammatoires simples des portions supérieures du tube aérien*. Ses conclusions sont les suivantes : 1^o l'inflammation de la portion supérieure de l'arbre aérien, considéré dans son ensemble ou dans ses différentes parties, est une maladie de la race humaine, ayant existé depuis les temps les plus reculés; 2^o comme les principales causes de l'inflammation ont existé à toutes les époques, son origine doit coïncider avec l'origine de l'homme; 3^o l'évolution des affections nasales, pharyngées et laryngées dans une localité donnée, doit probablement faire partie de son histoire géologique et marcher de pair avec ses variations météorologiques. En outre, les limites géographiques de la maladie ont dû varier avec les différentes époques de formation de la terre.

Le Dr D. Bryson Delavan, lit ensuite un travail sur *l'érysipèle du larynx et du pharynx*. Après un exposé des cas classiques publiés par Cornil, en 1862, et ceux décrits plus tard par Morell Mackenzie, l'auteur fait une courte revue de la question et passe à la description de deux faits qu'il a observés lui-même. Dans le premier, l'affection avait débuté par une amygdale et, passant par le pharynx, avait envahi les fosses nasales, les lèvres, la face et le cou. Des symptômes cérébraux se manifestèrent, qui laissèrent le malade, après la guérison de l'érysipèle, dans un certain état d'hébétude.

Dans le second, qui survint chez un homme déjà âgé et

rhumatisant, l'érysipèle prit naissance dans le larynx, donnant lieu à une laryngite aiguë et de là se propagea d'un côté vers les poumons, et de l'autre vers le pharynx. Au laryngoscope on trouva la muqueuse du larynx tuméfiée et d'un rouge pourpre.

La trachéotomie ne fut pas nécessaire; les symptômes généraux furent relativement peu graves et le malade guérit complètement.

Le Dr de Blois, de Boston, dit avoir observé un cas analogue qu'il a publié un an auparavant.

Le Dr Rice, de New York, pense avec l'auteur que l'érysipèle du larynx s'observe rarement dans la pratique hospitalière.

Le Dr Roe, de Rochester, a employé dans des cas analogues, avec succès, des pulvérisations d'alcool.

Le Dr Cohen fait remarquer que le chlorhydrate de pilocarpine, si efficace dans le traitement de l'érysipèle de la face, pourrait aussi être utilisé dans les cas en question.

Le Dr Delavan fait observer en terminant que les doses de pilocarpine communément employées sont trop élevées, et que d'après ses observations il ne faut jamais dépasser la première fois la dose d'un vingtième de grain (2 milligrammes 1/4) en injection hypodermique.

Dans la séance suivante, le Dr Franck L. Yves, de New York, fait la relation d'un cas d'hémorragie laryngée sous-muqueuse compliquée d'un kyste.

Le Dr Harrison Allen, de Philadelphie, lit un travail sur la galvano-caustique en laryngologie. Il présente en même temps un nouveau galvano-cautère basé sur le même principe que celui de Jarvis, avec cette différence qu'il emploie un fil de platine, et que par suite d'un mécanisme particulier on peut se servir de l'instrument, soit à froid, soit à chaud.

Le Dr Cohen présente un excellent accumulateur fabriqué à Philadelphie, ainsi qu'un laryngoscope électrique.

Le Dr de Blois, un insufflateur s'adaptant à un laryngoscope et le Dr Asch un ostéotome pour l'excision des exostoses des fosses nasales.

Le Dr Hooper fait voir la lampe électrique et l'accumulateur.

teur de poche perfectionné par le Dr F. Semon et M. Arthur Vesey, fabriqué à Londres par J. Weiss et fils.

La séance suivante est ouverte par une communication intéressante du Dr E. Fletcher Ingals, de Chicago, intitulée : *De la leucoplasie buccale et linguale ou ichthyose de la langue; traitement et guérison par le galvano-cautère.* Affection encore très peu connue et qui aurait été confondue suivant l'auteur avec d'autres états pathologiques de la bouche et de la langue, tels que les plaques blanches des fumeurs, le psoriasis de la langue et certaines manifestations de la syphilis. Le professeur Ingals définit la leucoplasie buccale : une affection chronique de la membrane muqueuse de la bouche, caractérisée par l'épaississement de l'épithélium, par la formation de plaques blanchâtres, opalines et saillantes qui se fissurent, deviennent douloureuses et finissent à la longue par se transformer en épithéliomes.

L'auteur traite ensuite de l'anatomie pathologique de l'étiologie et du diagnostic de cette affection, et dit que le pronostic est incertain et variable.

Il cite deux cas dans lesquels la transformation cancéreuse avait eu lieu avant le sixième mois. Cette transformation se reconnaît aux signes suivants : engorgement non inflammatoire des ganglions lymphatiques, exfoliation et ulcération des parties épaissies de la plaque, douleur très vive, salivation, induration du tissu sous-jacent à la plaque et finalement gonflement de toute la région maxillaire.

Le traitement consiste à éloigner d'abord toutes les causes d'irritation et en particulier l'usage du tabac et des alcools. Dans les cas cités par l'auteur, le traitement interne ainsi que les applications locales de teinture d'iode, de nitrate d'argent, de nitrate acide de mercure ne donnèrent aucun résultat favorable et produisirent plutôt une aggravation de l'état local. Aussi l'auteur recommande-t-il d'employer aussitôt que possible le galvano-cautère. Voici quelles sont ses conclusions :

1^o La leucoplasie buccale est une maladie idiopathique, différente du psoriasis, des plaques des fumeurs et de la

syphilis. Elle survient surtout chez l'homme déjà âgé, rarement chez la femme ;

2^e L'affection peut être causée par l'usage invétéré du tabac, bien qu'elle puisse exister chez ceux qui n'ont jamais fumé ;

3^e La leucoplasie buccale est une maladie chronique, se transformant dans la majorité des cas en épithélioma ;

4^e Le traitement interne et l'application locale d'agents sédatifs, stimulants ou caustiques, sont toujours inutiles, souvent même nuisibles ;

5^e Avec le cautère actuel ou le galvano-cautère on peut parvenir à guérir beaucoup de cas, s'ils sont entrepris assez à temps.

Le Dr P. Lincoln, de New York, lit un travail dans lequel il rapporte l'observation d'un cas de mélano-sarcome du nez, guéri par le galvano-cautère.

Il s'agit d'un malade atteint d'obstruction nasale produite par une tumeur occupant la narine droite et déjà opérée deux fois dans l'intervalle de 8 mois.

Lors de la première opération, la tumeur examinée au microscope fut considérée comme cancéreuse. Il y a un an environ, 4 mois après la deuxième opération, la tumeur s'étant développée encore assez rapidement, le malade s'adressa au Dr Lincoln qui constata les troubles suivants : il existait du côté droit du nez une énorme saillie s'étendant jusqu'à l'angle interne de l'œil, saillie qui était due à la présence de la tumeur siégeant dans la cavité nasale droite. Un écoulement brunâtre avait lieu continuellement par la narine correspondante, et le moindre attouchement de la tumeur donnait lieu à une légère hémorragie. Par l'exploration directe on reconnut que la tumeur s'attachait aux cornets inférieur et moyen, ainsi qu'au plancher, sur une étendue de 2 pouces et demi, et qu'elle faisait un peu saillie dans la cavité pharyngo-nasale dont elle remplissait environ la moitié. La cloison était enlièvement libre.

L'extraction de la tumeur fut faite au moyen de l'écraseur galvano-caustique, et les points d'implantation furent ensuite cautérisés à plusieurs reprises.

L'hémorragie fut très peu abondante ; le malade put ren-

trer chez lui au bout de deux semaines, et jusqu'au 27 mai 1885 le Dr Lincoln n'a vu aucune trace de récidive.

L'examen histologique de la tumeur faite par le Dr Franck Fergusson, de New York, fit voir que l'on avait affaire à un véritable sarcome mélanique.

Le Dr J.-O. Roe, de Rochester, lit ensuite l'observation d'un cas très intéressant de tumeur de la cavité nasale, que l'examen microscopique démontre être un angiome.

Le Dr Mackenzie fait remarquer que certaines tumeurs angiomeuses ne sont autre chose que des hypertrophies des cornets.

Le Dr J.-W. Robertson, de Detroit, fait une communication sur les difformités du nez, comme causes de catarrhe nasal. Il examine : 1^e quelles sont les causes du grand nombre de difformités du nez; 2^e à quel âge elles se produisent; 3^e de quelle manière elles peuvent occasionner du catarrhe nasal; 4^e enfin, comment on peut les empêcher.

Le Dr Clarence C. Rice, de New York, lit un travail sur les adhérences inflammatoires du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, qu'il divise au point de vue du pronostic en deux classes : 1^e les adhérences simples du voile du palais; 2^e les adhérences avec rétrécissement de la cavité pharyngo-nasale.

La séance du vendredi 26 juin commence par la lecture d'un travail du Dr Beverley Robinson, de New York, sur l'alimentation dans les cas de phthisie laryngée. Pour l'auteur il existe trois procédés d'alimentation : le procédé de suralimentation préconisé par Debove; le procédé d'alimentation au moyen d'un tube de petit calibre que l'on fait pénétrer très peu dans l'œsophage (procédé de Delavan); et enfin la méthode rectale.

Au moyen de quelques applications locales de cocaïne, on pourra empêcher la douleur qui se produit quelquefois dans le larynx pendant le passage du tube.

Le Dr Cohen donne la préférence aux petits tubes que l'on fait pénétrer peu avant dans l'œsophage et dont il a eu beaucoup à se louer.

Le Dr Delavan soutient que l'alimentation avec le tube est

un bon procédé de traitement, et que, dans beaucoup de cas, la cocaïne est inutile, vu que les ulcérations se trouvent protégées contre toute irritation par le tube lui-même.

Le Dr Cohen communique le résultat de son expérience au sujet de quelques médicaments nouveaux qu'il croit pouvoir être introduits dans la thérapeutique laryngologique. Ces médicaments sont les suivants : 1^o *l'erythroxylon* en infusion concentrée, qu'il recommande en applications locales sur la membrane muqueuse du pharynx et du larynx dans les cas d'inflammation irritative et hyperesthésique aiguës ou chroniques; comme substitutif de la cocaïne dans la dysphagie, dans les cas d'ulcérations tuberculeuses; en instillation dans le nez, dans le coryza aigu, et en applications directes au moyen d'un pinceau ou d'un peu d'ouate, dans l'hypertrophie des cornets.

2^o *L'eau oxygénée, hydrogen dioxyde* (une partie d'une solution au dixième pour une, deux ou trois parties d'eau distillée), en pulvérisations sur les surfaces ulcérées tuberculeuses ou syphilitiques, comme détersif préalable avant une application d'iodoforme, comme désinfectant et antiseptique; en irrigation dans le nez dans les cas de rhinite chronique avec accumulation dans les fosses nasales de quantités considérables de mucosités desséchées.

3^o *L'oléate d'aconitine* (une solution à 2 0/0 dans l'acide oléique) et l'oléate de morphine (solution à 4 0/0) en applications locales dans la laryngite aiguë superficielle, dans certains états douloureux de la gorge et du nez, à cause de son action anesthésique, moins rapide que celle de la cocaïne, mais plus durable.

L'auteur cite un cas de névralgie du pharynx accompagné de névralgie sus-orbitaire, guéri rapidement et d'une manière permanente par l'oléate d'aconitine.

4^o *L'iодure d'éthyle* en inhalations, dans la syphilis et dans la rhinite fétide.

La séance se termine par une discussion sur l'efficacité des moyens doux dans le traitement du catarrhe nasal et naso-pharyngien. Le Dr Cohen soutient que les moyens énergiques, radicaux, sont moins souvent indiqués que les

méthodes douces aujourd'hui communément usitées; il ajoute qu'il est très important de distinguer, relativement à la muqueuse nasale, entre la véritable hypertrophie et la simple turgescence. Dans les cas de turgescence de la muqueuse, il recommande comme un bon moyen de guérison la pression par une tige de laminaire introduite dans la fosse nasale correspondante.

Prennent part à la discussion les Dr^es de Blois, Hooper, Asch, Rice, Mackenzie et Shurly, et les vues du Dr Cohen sont généralement acceptées.

P. AYSAGUER.

Sur l'innervation des muscles du larynx, par le professeur EXNER (*Société des médecins de Vienae*, 5 déc. 1884).

Recherches physiologiques du plus haut intérêt dans lesquels l'auteur a montré que le rôle du nerf laryngé supérieur était plus étendu qu'on ne l'avait pensé, et qu'il fallait admettre l'existence d'un troisième nerf laryngé, qu'il appelle nerf laryngé médian et qui part du nerf vague pour se rendre dans le plexus laryngé et de là au larynx. Deux autres physiologistes, Mandelstamm et de Weinzweig avaient déjà constaté que les muscles *crico-thyroïdiens* ne s'atrophiaient pas à la suite de la section des nerfs laryngés, supérieur et inférieur: ils avaient vu aussi que le muscle *thyro-aryténoïdien* restait intact, malgré la section du laryngé inférieur. Le maintien de l'action du muscle crico-thyroïdien vient de ce que ce muscle, indépendamment du rameau qu'il reçoit du laryngé supérieur, est aussi innervé par le nerf médian, qui après un assez long détour, entre dans le larynx entre cet organe et la glande thyroïde et se divise en plusieurs branches terminales, pénétrant dans le muscle. Hirschfeld et Léveillé avaient déjà décrit ce nerf. Quand on le sectionne, en même temps que la branche externe du laryngé supérieur, alors le muscle crico-thyroïdien se paralyse et s'atrophie.

Muscle thyro-aryténoïdien. Ce muscle est innervé en dehors par le nerf récurrent et en dedans par le rameau externe du laryngé supérieur, avant qu'il se rende à la muqueuse. Turck avait du reste déjà remarqué qu'à la suite des altéra-

tions du laryngé inférieur, la partie interne de ce muscle est moins dégénérée que la portion externe.

Muscle ary-aryténoidien. Est innervé par les deux nerfs laryngés, supérieur et inférieur; du reste Mackenzie avait vu ce muscle épargné par la dégénérescence dans un cas où les deux nerfs laryngés inférieurs étaient altérés.

Muscle crico-aryténoidien latéral. Le laryngé supérieur envoie un rameau au crico-aryténoidien latéral, qui en reçoit d'autres du récurrent.

Muscle crico-aryténoidien postérieur. Reçoit quelques faisceaux nerveux du nerf laryngé supérieur.

Innervation sensitive du larynx. Les rameaux perforants venant des deux nerfs, forment un nerf médian court, qui se divise en deux branches arquées et c'est de la concavité de cet arc que partent les ramifications destinées à la muqueuse; en arrière de la trachée se trouve un autre arc, émanant exclusivement du récurrent et qui pénètre en arrière du corps thyroïde avant de gagner la muqueuse. Le nerf médian envoie également des ramifications dans la muqueuse. Les arcs qui viennent d'être décrits sont reliés par de nombreuses anastomoses.

Toutes ces expériences ont été pratiquées soit au moyen de l'excitation des nerfs et par suite de l'examen des muscles au moment de leur contraction, soit au moyen de la section nerveuse, qui était suivie de dégénérescences musculaires; enfin l'auteur a fait sur des larynx d'enfants, à l'aide du microtome, une série de coupes fines pour poursuivre un même tronc nerveux de coupe en coupe. A. G.

Papillome du larynx chez un vieillard de 82 ans, par SCHIFFERS (*Société médico-chir. de Liège*, p. 368, juillet 1885).

Cas intéressant par l'âge du malade; les troubles respiratoires causés par cette tumeur étaient d'autant plus sérieux, pour cette cause, la tumeur était située au 1/3 antérieur de la corde vocale droite. L'extraction fut faite en une seule séance, au moyen de la pince de Morell-Mackenzie. A. G.

Lésions labyrinthiques dans un cas de surdité d'origine leucémique, par le professeur A. POLITZER (*Archiv f. Ohrenh.*, avril 1885).

Le professeur Politzer a fait, au dernier congrès otologique de Bâle, une communication très intéressante sur les lésions histologiques du labyrinthe, provenant d'un malade mort de leucémie, et qu'il avait pu observer pendant la vie durant une année environ. Ce malade, âgé de 32 ans, était traité pour une leucémie dans le service du professeur v. Bamberger. A 20 ans, il avait eu des fièvres intermittentes et un peu plus tard une affection vénérienne sans accidents secondaires consécutifs. Il y a environ une dizaine d'années, était survenue une suppuration de l'oreille gauche. Il existait, en effet, à gauche, une perforation ancienne et, à droite, la membrane était trouble et enfoncee. La surdité était complète des deux côtés ; il y avait une paralysie entière des deux nerfs acoustiques. Le malade mourut 11 mois après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva dans les différents organes internes les lésions caractéristiques de la leucémie, et le professeur Politzer, chargé de l'examen histologique des oreilles, trouva dans le labyrinthe du côté droit les altérations suivantes : la rampe vestibulaire du limacon était comblée par un amas de corpuscules lymphoïdes, les uns de nouvelle formation, les autres déjà d'une consistance osseuse, enserrant un tissu cellulaire tellement développé que la lame spirale paraissait appliquée en certains points contre la rampe tympanique. Sur la lame spirale, il existait des plaques épaisses, formées par des amas de corpuscules blancs du sang.

Les canaux semi-circulaires osseux étaient traversés par des masses de tissu cellulaire de nouvelle formation. Les canaux membraneux contenaient aussi des plaques leucémiques en assez grande quantité.

Les faisceaux nerveux étaient variqueux, épaisse et en dégénérescence graisseuse ; les cellules du ganglion spiral, granuleuses et atrophiées.

P. A.

**Du traitement de la carie et de la nécrose superficielle,
du conduit auditif externe et de la caisse, par l'acide
sulfurique, par WEBER-LIEL (*Monatsschr. für Ohrenh.*,
avril 1885).**

Le Dr Weber-Liel emploie l'acide sulfurique en applications sur des granulations qui très souvent, comme on sait, se développent au niveau des portions d'os carié. Il a pu constater, dans ces cas, que non seulement les granulations étaient détruites, mais que la petite carie sous-jacente guérisait à son tour, donnant lieu à la formation d'un tissu osseux nouveau. Depuis 8 ans que le Dr Weber-Liel emploie ce moyen thérapeutique, il a pu se convaincre de l'efficacité de cet agent dans le traitement des caries circonscrites, et lorsqu'il s'agit d'obtenir l'élimination de petites nécroses superficielles du conduit auditif externe ou même de la caisse.

L'auteur emploie l'acide sulfurique pur ou dilué. Pour ses applications, il se sert d'une petite sonde en argent dont l'extrémité, pourvue de petites rainures, est plongée dans l'acide; il touche ensuite les granulations en exerçant sur elles une légère pression pendant quelques secondes. Si les végétations sont recouvertes d'acide borique ou d'acide salicylique, on les touche avec un petit tampon d'ouate, trempé dans le liquide, que l'on retire au bout de quelques secondes, surtout si la douleur devient assez vive. Plus le contact est long, et plus rapide est la régénération du tissu osseux. Tout ceci n'est applicable qu'aux caries et nécroses du conduit auditif externe. Lorsqu'il s'agit de la caisse, les applications doivent être de très courte durée. Si la douleur persiste longtemps après chaque cautérisation, on peut la faire disparaître, soit en touchant la partie malade avec un peu d'ouate sèche, soit en insufflant de l'air, et, ce qui est encore mieux, en injectant dans le conduit un peu de lait alcalinisé. A la suite des cautérisations, il se forme des petites croûtes et des petites escharas qui tombent, laissant à leur place des plaies de bonne nature, qui bourgeonnent bien et guérissent rapidement.

Après avoir cité le Dr A. Mathewson qui, en 1878, fit paraître un petit mémoire sur l'emploi de l'acide sulfurique en applications locales dans les affections osseuses de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, et avoir dit quelques mots sur un travail du Dr Woakes sur le même sujet paru en 1884 dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, l'auteur termine son article par l'exposé de quelques cas remarquables par la rapidité avec laquelle la guérison a été obtenue au moyen de l'acide sulfurique.

P. A.

De l'occlusion osseuse congénitale des choanes, par le professeur SCHRÖTTER (*Monatsschrift für Ohrenh., etc.*, avril 1885).

Affection très rare; l'auteur n'en trouve que dix cas de signalés dans la littérature médicale. Après un exposé historique de ces cas, le professeur Schrötter passe à la description de son malade.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, de parents bien portants, bien constituée elle-même et n'ayant jamais eu de maladie sérieuse.

Elle a souvent la bouche et la gorge sèches, l'odorat est complètement aboli, le goût, très diminué; elle se plaint de céphalalgies fréquentes et d'une légère diminution de l'ouïe; jamais d'accès asthmatiques.

L'expression de la physionomie est intéressante à noter : la bouche est constamment ouverte, la lèvre inférieure pendante, les plis naso-labiaux sont effacés et les ailes du nez immobiles. La parole, un peu nasillarde, se comprend difficilement.

Par la rhinoscopie antérieure, on n'aperçoit rien d'anormal. Par la rhinoscopie postérieure, au contraire, on constate d'abord un épaississement de la muqueuse qui tapisse la voûte du pharynx nasal; les orifices tubaires sont normaux; puis on voit les deux choanes, complètement bouchés par une sorte de diaphragme membraneux paraissant assez épais et tendu de haut en bas. Cette membrane présente de chaque côté, vers sa partie supérieure et plus marqué à droite, une

sorte de petite fossette pouvant laisser pénétrer la tête d'une épingle. Au moyen d'une sonde, on constate vers le milieu de chaque membrane l'existence d'une saillie assez marquée.

Pour bien se rendre compte de la conformation et de l'épaisseur de cette membrane, le professeur Schrötter emploie ensuite deux autres procédés d'éclairage. En premier lieu, il fait projeter dans les fosses nasales la lumière solaire et pratique ensuite la rhinoscopie postérieure. En second lieu, il éclaire toute la cavité pharyngo-nasale au moyen d'une petite lampe électrique de 4 millimètres de diamètre, introduite par la bouche et placée derrière le voile du palais, et pratique en même temps la rhinoscopie antérieure, les fosses nasales étant largement dilatées. Malgré ce perfectionnement dans le mode d'examen, il lui est impossible de reconnaître la structure osseuse des deux cloisons.

L'examen de l'oreille, fait par le professeur Gruber, fait reconnaître une diminution de l'acuité auditive à droite, et des deux côtés, un enfouissement assez prononcé de la membrane du tympan.

Après avoir obtenu une insensibilité suffisante de la région pharyngo-nasale par des attouchements répétés avec une sonde, le professeur Schrötter fait, avec un petit galvano-cautère pointu introduit par les fosses nasales antérieures, une perforation vers la partie médiane de la membrane du côté gauche, qu'il prolonge ensuite en haut et en bas, faisant ainsi une fente verticale large de 2 millimètres environ. Le malade n'ayant éprouvé aucune douleur et ne s'étant produit aucune réaction fébrile, le lendemain la perforation de gauche fut encore élargie, et on en pratiqua une autre du côté droit. Quelques jours plus tard, pendant que l'on se livrait à ces cautérisations par le galvano-cautère, on s'aperçut que l'on avait affaire à une membrane de consistance osseuse. Le manuel opératoire fut alors changé : au moyen d'un instrument, en forme de ciseaux, introduit par les fosses nasales antérieures, le professeur Schrötter parvint à détruire les bords des perforations déjà existantes, laissant à la suite des ouvertures, à travers lesquelles on pouvait déjà, le 26 avril,

apercevoir par la rhinoscopie postérieure les cornets du nez.

Quoiqu'il restât encore quelques portions de ces cloisons osseuses, la malade, se trouvant très soulagée, quitta l'hôpital le 13 mai. A ce moment, la respiration se faisait parfaitement par le nez, la malade pouvait se moucher facilement et l'expression de la physionomie était devenue presque normale.

Le professeur Schrötter dit que s'il eût pu reconnaître dès le début la structure osseuse de ces cloisons, il les eût détruites en les attaquant par leur circonférence. Quant à leur mode de formation, l'auteur repousse l'opinion de Luschka qui croit qu'elles doivent se former par une sorte de prolongement du bord postérieur de la portion horizontale de l'os palatin allant rejoindre en bas et en arrière la face inférieure du sphénoïde. Il se rallie plutôt à l'opinion du professeur Kundrat, lequel pense quo ces diaphragmes osseux doivent se former aux dépens de la portion verticale des os palatins se prolongeant vers la ligne médiane et finissant par combler l'espace compris entre le corps du sphénoïde et les apophyses ptérygoïdes.

P. A.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Otologie.

AMÉRIQUE.

Surdité complète et bilatérale consécutive aux oreillons, par Swann M. BURNETT (*Archives of otology*. New York, march 1885, p. 19).

Rapports entre les maladies des dents et des oreilles, par Henry-Dickson BRUNS (*Archives of otology*, N. Y., march 1885, p. 21).

Notes cliniques sur un cas d'inflammation, de l'apophyse mastoïde, sur un cas d'inflammation de l'oreille moyenne, avec mort et durée de 45 jours, et sur les affections de l'oreille d'une famille syphilitique, par F.-M. WILSON (*Archives of otology*, N. Y., march 1885, p. 25).

De la mastoïdite puerpérale, son importance et de la manière de la traiter, par E.-E. BURBAKER (*Northwestern Lancet*, St-Paul, may 1, 1884, p. 258).

- Polype du conduit auditif externe, par A.-W. CALHOUN (*Atlanta M. et S. Journ.*, may 1885, p. 135).
- Suppuration chronique de l'oreille moyenne, par J.-Morrison RAY (*Louisville med. News*, may 16, 1885, p. 305).
- De la valeur diagnostique du diapason dans les maladies de l'oreille, par F.-F.-C. VAN ALLEN (*Med. annals Albany*. N. Y., june 1885, p. 170).
- Inflammation desquamative du conduit auditif externe, de la membrane du tympan et de l'oreille moyenne, par Laurence TURNBULL (*Med. et surg. reporter*, Philad., may 16, 1885, p. 610).
- Inflammation chronique de l'oreille moyenne et interne, par L.-E. HOLT (*N. Y. med. Journ.*, may 9, 1885, p. 538).
- Des lampes électriques incandescentes pour l'examen de la gorge, du nez, de l'œil et de l'oreille, par L.-J. LAUTENBACH (*Med. et surg. reporter*, Philadelphia, march 7 et 14, 1885, p. 295 et 324).
- Symptômes nerveux dus à des anomalies des yeux et des oreilles, par H. GRADLE (*Chicago M. J.*, may 1885, p. 430).
- Inflammation desquamative du conduit auditif externe, associée à l'inflammation catarrhale de l'oreille moyenne et à la formation d'une tumeur sanguine dans le conduit auditif externe, par Samuel SEXTON (*N. Y.*, april 18, 1885, p. 444).
- Autophonie, par Samuel SEXTON (*Medical record*, N. Y., may 9, 1885, p. 513).
- Nouveau forceps de l'oreille, par Read-J. MCKAY (*New York M. J.*, feb. 28, 1885, p. 259).
- Symptômes nerveux dus à des anomalies des yeux et des oreilles, par H. GRADLE (*N. Y. med. Journ.*, may 2, 1885, p. 510).
- Otite moyenne purulente, accumulations anciennes de cérumen dans les deux oreilles (*Clinique de Dudley S. Reynolds, Phila. med. Times*, feb. 7, 1885, p. 352, 345).
- De l'hydrochlorate de cocaïne dans les affections de l'oreille, par H.-C. BOENNING (*Philad. med. Times*, jan. 10, 1885, p. 274).
- Affections de l'oreille dépendant de la malaria, par O. D. POMEROY (*Philad. med. Times*, feb. 21, 1885, p. 393, *med. record N. Y.*, jan 31, 1885, p. 113).
- Des affections paludéennes de l'oreille, par Joseph ANDREWS (*Med. record N. Y.*, march 7, 1885, p. 277).
- De la découverte d'une surdité unilatérale, par O. D. POMEROY (*Med. record N. Y.*, march 21, 1885, p. 316).
- Lésions traumatiques de la membrane du tympan, par Gorham BACON (*Med. record N. Y.*, avril 11, 1885, p. 403).
- Signification du développement des névroses optiques dans les cas d'inflammation purulente de l'oreille moyenne, par Charles-J. KIEP (*Arch. of otology N. Y.*, march 1885, p. 1).
- Observations sur l'emploi du peroxyde d'hydrogène dans les suppurations de l'oreille, etc., par W.-A. DAYTON (*Archives of otology N. Y.*, march 1885, p. 6).
- Contributions cliniques de l'otologie, 3 cas : atrésie du conduit auditif, petitesse extrême des conduits auditifs, membrane du

- tympan secondaire, par W. CHEATHAM (*Archives of otology N. Y.*, mars 1885, p. 11).
 Cas d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne et interne (parotites), suivie de paralysie faciale de nécrose et de l'issu de toute la portion pétreuse du temporal et de l'anneau du tympan. Guérison, par B.-P. John ROOSA et J.-B. EMERSEN (*Archives of otology N. Y.*, mars 1885, p. 13).
 Rapport sur les progrès de l'otologie, par Ch. BURNETT (*Med. Times Philad.*, 7 février 1885).
 Perforation de l'apophyse mastoïde, par GREINER (*Weekly med. rev. Chicago*, 7 mars 1885).
 Deux cas de condylomes et un cas d'accident syphilitique primitif de l'oreille externe, par le Dr ZUCKER (*Archives of otology*, nos 3 et 4, 1884).
 Du bacille de la tuberculose dans les écoulements de l'oreille, par le Dr GOTSTEIN (*Archives of otology*, décembre 1884).

ANGLETERRE.

- Extraction d'une exostose éburnnée du conduit auditif externe, par A. BENSON (*The Lancet*, 9 mai 1885).
 Surdité vasculaire, par COOPER (*Dublin Journ. of med. sc.*, juillet 1885).
 Un cas de trépanation de l'apophyse mastoïde, pour calmer la douleur, par OWEN et PYE (*Brit. med. Journ.*, 11 juillet 1885).
 Nécrose de tout le labyrinthe osseux, extraction du séquestre, chez un enfant, par PHILLIPS (*Brit. med. Journ.*, 4 juillet 1885).
 Sur l'anatomie du conduit auditif externe chez les enfants, par SYMINGTON (*Edimb. med. Journ.*, janv. 1885).
 Des exostoses de l'oreille, par le Dr G. FIELD (*The Lancet*, 30 mai 1885).
 Du traitement des douleurs aiguës de l'oreille par l'injection de glycérine phéniquée, par le Dr BENDELACK-HEVETSON (*Lancet*, 18 avril 1885).

ALLEMAGNE ET AUTRICHE.

- Des affections de l'organe de l'ouïe à la suite de la leucémie, par BLAU (*Soc. de med. de Berlin*, 4 mai 1885).
 Bruits objectifs dans les deux oreilles, par A. BAKER (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
 De la transmission aérienne et osseuse dans le procédé de Rinne avec autopsie, par BEZOLD (*Finsterlin*, à Munich).
 Examen de l'organe auditif, chez l'enfant, fait dans les écoles (tracés et gravures), par F. BEZOLD (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4 et Band XV, Heft 1).
 Rapport sur les communications de la section d'otologie du Congrès de Copenhague, août 1884 (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
 De l'amélioration de l'audition au milieu du bruit (Paracousie de Willis), par BURKNER (*Berl. klin. Wochensch.*, no 27, 1885).
 Du traitement des affections de l'oreille moyenne avec la sonde à pression de Lucca, par RITELBERG (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 1 et 2).

- Modification de la sonde de la trompe d'Eustache, par FERGUSON-LINDO (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
- Un cas d'otite moyenne, chronique suppurée avec affection intracranienne consécutive. Névrète optique double. Guérison complète, par J. FULTON (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
- Sarcome à cellules arrondies de l'oreille avec planches, par GREEN-ORNE (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 1 et 2).
- Rapport sur le 3^e Congrès international d'otologie de Bâle, 1884, par A. HARTMANN (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 1 et 2).
- Contribution à l'étude de la pathologie et de l'anatomopathologie de l'oreille, par HEDINGER (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 1 et 2).
- Deux cas de la perte totale de l'ouïe à la suite des oreillons, par C. KIPP (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
- Deux cas de surdité consécutive à une méningite cérébro-spinale, l'une unilatérale, l'autre bilatérale, avec affection simultanée des yeux. Guérison d'un cas, par H. KNAPP (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
- Rapport sur la 20^e session annuelle de la Société d'otologie américaine, par KNAPP (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 1 et 2).
- Le diapason, comme moyen diagnostique, par LAUFENAUER (*Pest. med. chir. Presse*, nos 5 et 6, 1885).
- De la complexité des symptômes de Ménière et des troubles de l'équilibre causés par des affections cérébrales, par Moos (*Berliner klin. Wochensch.*, no 10, 1885).
- Des altérations histologiques dans les tissus mous et dans la charpente osseuse des deux rochers, chez un homme atteint de syphilis tertiaire, avec 3 planches, par Moos et STEINBRUGGE (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
- De la carie lacunaire du manche du martéau, avec une planche, par S. Moos (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 1 et 2).
- Des bourgeons vasculaires de la muqueuse de la caisse, avec une planche, par S. Moos (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 1 et 2).
- Périostite syphilitique de l'apophyse mastoïde, causant des troubles nerveux, par J. NEUMAN (*Allg. Wien. med. Zeit.*, no 23, 9 juin 1885).
- Retour subit et temporaire de l'ouïe après une surdité de 21 ans, par MORRIS BASIL (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
- Abcès du cervelet, dans l'otite moyenne chronique suppurée, propagée par le facial, par H. ROTHHOLZ (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
- Des relations existant entre la corde du tympan et la perception du goût, dans les deux tiers antérieurs de la langue, par E. SCHULTE (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 1).
- De la valeur du procédé de Rinne, pour le diagnostic des maladies de l'ouïe, par SCHWABACH (*Zeitschr. f. ohrenh.*, Band XIV, Heft 1 et 2).
- De la pathologie du cartilage de l'oreille, par SCHWABACH (*Deutsch med. Wochensch.*, no 25, 1885).

- Vice de conformation de l'oreille, avec 4 planches, par TRUCKENBROD (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
 De la structure des polypes de l'oreille, par WEYDNER (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XIV, Heft 1 et 2).
 Deux cas d'affection grave du labyrinthe dans la scarlatine diphtérique, par WOIL (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XIX, Heft 3 et 4 et Band XV, Heft 1 et 2).
 Un cas de fracture du conduit auditif externe, par contre-coup, avec rupture du tympan. Un cas de carie du rocher avec quelques remarques sur l'ouverture précoce de l'apophyse mastoïde, par WILLIAMS CORNELIUS (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XIV, Heft 3 et 4).
 De l'action de la cocaïne dans les opérations sur le tympan, par KIRCHNER (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 4, 1885).
 Compte rendu du 3^e Congrès d'otologie de Bâle, 1884, par POLLITZER (*Archiv. f. Ohrenh.*, Band XXII, Heft, 2, 30 avril 1885).
 Des maladies chirurgicales de l'oreille, par SCHWARTZE (*in-8°, Stuttgard*).

Laryngologie.

AMÉRIQUE.

- Du traitement du croup par le tubage du larynx, par le Dr HALKIN (*Journ. of the Amer. med. assoc.*, 2 mai 1885).
 Tuberculisation laryngée chez un enfant âgé de 2 ans 7 mois, par le Dr VAN SANTWORD (*New York pathol. society*, séance du 11 février 1885).
 De la laryngite chronique, par INGALLS (*Illision stade med. soc.*, 19, 20 et 21 mai et N. Y. med. Journ., 13 juin 1885).
 La sténose laryngée peut-elle occasionner une congestion pulmonaire, par SANTWORD (*Med. rec.*, 4 juillet 1885).
 Ulcération située immédiatement au-dessous des cordes vocales, sténose laryngée, trachéotomie, par MATHEWS (*Med. record*, 23 mai 1885).
 De la laryngite à répétition, par le Dr FLECHTER-INGALLS (*Med. record*, 27 mai 1885).

ANGLETERRE.

- Thyrotomie par un papillome du larynx, par BENNET MAY (*Brit. med. Journ.*, 30 mai 1885).
 Un cas de fracture du larynx, par BARRY (*Lancet*, 23 mai 1885).
 Laryngite et pharyngite chronique, par NEUMAN (*Brit. med. Journ.*, 4 juillet 1885).
 Suppression urinaire dans le cours de la diphtérie. Mort, par KINGSBURY (*Brit. med. Journ.*, 15 août 1885).
 Lamelle osseuse retirée du ventricule gauche du larynx à l'aide des pinces, par D. NEWMAN (*Brit. med. Journ.*, 21 février 1885).
 Maladies traitées dans la section des maladies de la gorge à Saint-Thomas-Hospital en 1883, par Dr le Félix SEMON (*St-Thomas's-Hospital reports*, vol. XIII).

ALLEMAGNE ET AUTRICHE.

- De la paralysie des récurrents dans les affections chroniques des poumons, par BŒUMLER (*Arch. f. klin. med.*, Band XXXVII).
 Extirpation du larynx dans un cas de carcinome, par BERGMANN (*Petersburg. med. Wochenschr.*, n° 27, 1885).
 Paralysie des muscles laryngés, après l'extirpation du larynx, par JANKOWSKI (*Deutsche Zeitschr. f. chir.*, Band XXII).
 Cas de paralysie double du nerf spinal, par REMAK (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1^{er} juillet 1885).
 Opération des polypes du larynx avec l'éponge, par VOLTOLINI (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 2, 2 mai 1885).
 Acide lactique contre la tuberculeuse laryngée, par le Dr H. KRAUSE (*Berliner klin. Wochenschr.*, n° 29, 20 juillet 1885).

Rhinologie.

AMÉRIQUE.

- Traité pratique sur le catarrhe nasal et les maladies consécutives (*New York, Will. Wood and C°, 1885*).
 Observations sur la valeur du chlorhydrate de cocaïne dans la chirurgie du nez et de la gorge, par DONALDSON (*Med. record*, 25 mai 1885).
 Déviation de la cloison du nez, par GLEITZMANN (*Americ. Journ.*, juillet 1885).
 Catarrhe atrophique du nez, par MULHALL (*Med. News*, 25 mai 1885).
 Un cas de syphilis tardive (acné du nez), par STELWAGON (*Med.*, 27 juin 1885).
 De la fièvre des foins, ses causes, sa guérison, par INGALS-FLETCHER (*Med. News*, 4 juillet 1885).
 Traitement de la rhinite aiguë, par W. KITCHEN (*Med. record*, 28 mai 1885).

ANGLETERRE.

- Chlorhydrate de cocaïne dans la fièvre des foins, par BULL (*Brit. med. Journ.*, 4 juillet 1885).
 Extraction d'un fragment de culasse de fusil, du poids de 100 grammes, ayant séjourné cinq ans dans la cavité des fosses nasales, par PARKER (*Lancet*, 28 février 1885).
 Traitement de l'hypertrophie vasculaire du nez, par Herbert STOWERS (*Brit. med. Journ.*, 10 janvier 1885).
 La cocaïne dans le coryza, par W.-S. PAGET (*Brit. med. Journ.*, 7 mars 1885).
 Action de la cocaïne sur la muqueuse du nez, par S. DREWELL BABER (*Brit. med. Journ.*, 7 mars 1885).
 Rapport de la méningite aiguë avec les affections de la muqueuse du nez, par J.-M. VAUGHT (*Brit. med. Journ.*, 23 mai 1885).

ALLEMAGNE ET AUTRICHE.

- Attaques épileptiformes provoquées, chez un homme de 64 ans,

- par des polypes de la fosse nasale droite et disparaissant après l'opération, le malade étant observé ensuite pendant 2 ans, par M. FINCKE (*Dentsch. med. Wochenschr.*, n° 4, 1885). Dégénérescence de l'épithélium de la muqueuse olfactive, après la destruction des bulbes olfactifs, par Lustig (*Internat. Centralblatt. f. laryngol.*, n° 7, 1885). La pathologie du catarrhe chronique du nez et du pharynx, par M. Bresgen (*Med. chir. Centralblatt.*, n° 24, 1885). Un cas de rhinolithe, par KRAUSE (*Deutsch. med. Zeit.*, n° 44, 1^{er} juin 1885). De l'eczéma de l'orifice du nez, par LUBLINSKY (*Deutsch. med. Ztg.*, 16 juillet 1885). De l'emploi de l'acide chromique dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx, par RETHI (*Wien. med. Presse*, n° 14, 15 et 18, 1885).

Pharyngologie.

AMÉRIQUE.

- De l'herpès du pharynx, par S.-Solis COHEN (*Med. record*, 14 juillet 1885). De l'emploi du galvanisme dans les maladies chroniques du pharynx, par SHURLAY (*New York, med. Journ.*, 7 février 1885). Contribution à l'étude des végétations adénoïdes de la voûte du pharynx, par BEVERLEY-ROBINSON (*New York med. Journ.*, 7 février 1885). Sarcome diffus du rétro-pharynx, ayant envahi les parties inférieures, opération, guérison, par Bosworth (*Med. record*, 17 janvier 1885).

ANGLETERRE.

- Nouveau procédé pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, par FURNEAUX (*Brit. med. Journ.*, 2 mai 1885). Calcul enlevé d'une amygdale, par le Dr NILLSON (*The Dublin Journ. of med. sc.*, janvier 1885). L'angine dans la scarlatine, par LINE (*Birmingh. med. Rev.*, 1885).

NOUVELLES.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

La Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunira en session ordinaire à Paris, les 8, 9 et 10 octobre, à 8 heures du soir, à la mairie du 1^{er} arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

MM. les membres de la Société, qui désirent faire une ou plusieurs communications, soient priez de vouloir bien prévenir

M. le secrétaire et lui adresser leurs mémoires avant le 20 septembre prochain.

La communication doit être faite ou écrite en français et ne pas dépasser dix pages du bulletin.

Pour le Comité :

Le Secrétaire,

D^r MOURA.

37, Chaussée-d'Antin, jusqu'au 20 septembre, et
rue d'Amsterdam, 72 bis, après le 20 septembre.

**RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS, QUI AURA LIEU
A STRASBOURG, DU 17 AU 25 SEPTEMBRE 1885.**

Otologie. — Président de section, D^r KUEHN; secrétaires, MM. KUHN et KREISS. — Prendront la parole : MM. Bohrer, de Zurich, Trautmann, de Berlin; Moos, d'Heidelberg, Rolles, de Trèves; Baginsky, de Berlin; Lichtemberg de Budapest; Lucé, de Berlin; Habermann, de Prague; Knapp, de New-York; Hedinger, de Stuttgart; Kiesselbach, d'Erlangen; Kuhn, de Strasbourg.

Laryngologie. — Président, PAUL MEYER; secrétaire, M. JÉGER. — Prendront la parole : MM. Störk, de Vienne, et Bayer, de Bruxelles.

Réunion à Lexington (Kentucky), du troisième meeting de l'Association rhinologique américaine.

Les mémoires lus devant cette assemblée, sont exclusivement consacrés aux affections des fosses nasales et à leurs suites.

Membres du bureau : MM. P.-W. LOGAN, de Knoxville, président, A. de Vilbis et J.-A. Stucky, vice-présidents, L.-A.-S. Sims, secrétaire, N.-R. Gordon, archiviste, J.-G. Carpenter, H. Jérard, H. Christopher et E.-F. Henderson, membres du conseil.

Le Gérant : G. MASSON.

